

المملكة العربية السعودية

الغرفة التجارية الصناعية بجدة

مركز البحوث

الإدارة في المستشفيات الخاصّة

دراسة تحليلية

AMBULANCE

بسم اللّٰہ الرحمن الرحیم

الإدارة في المستشفيات الخاصة

دراسة تحليلية

الطبعة الثانية

ربيع أول عام ١٤٠٤هـ

الموافق ديسمبر ١٩٨٣م

بحث رقم ٤

من سلسلة بحوث الغرفة

الإشراف العام :

الأستاذ عبد الله صادق دحلان

الاشراف العام

الأستاذ / عبد الله صادق دحلان

لجنة البحث

الأستاذ / أحمد محمد عيد بابقي

الأستاذ / حسن محمد علي نصير

الأستاذ / حسن البسيوني حسن أيوب

تقديم

لقد شهدت وتشهد مملكتنا تطوراً في كل مجال ومن هذه المجالات مجال الصحة ويعتبر مجال الصحة مهماً ومهماً جداً بحكم إتصاله بكيان الإنسان الذي لا تألوا الدولة جهداً في البذل من رفع كفاءة الفرد السعودي والمحافظة على صحته.

وإن علم إدارة المستشفيات أصبح علماً ذا أهمية خاصة حيث أن المستشفيات لم تعد في هذا العصر تقتصر على تقديم الرعاية الصحية للمرضى ولكن نتيجة لتطور العصر إتسع مداها وأصبحت تشمل كذلك التوعية الإجتماعية والقيام بدور فعال في وقاية المجتمع وفي المجالات الفنية حتى يتسنى للمستشفى أن تقوم بكامل واجباتها خير قيام.

وأحب أن أنوه هنا أن هذه الدراسة وهي تطبع الطبعة الثانية في خلال مدة لا تتعدى تسعة شهور من الإصدار الأول لدليل على الفائدة المرجوة منها من حيث الإقبال على إقتنائها والإطلاع عليها وبما بداخلها من معلومات مفيدة للمختص والباحث كما أنها أصبحت مرجعاً لطلبة الجامعة الذين يقبلون عليها دائماً نظراً لما تحتوي بين جنباتها على معلومات مفيدة.

والله أسأل أن يسدد خطانا على الطريق السديد في ظل صاحب الجلالة الملك فهد بن عبد العزيز وولي عهده الأمين.

مدير مركز البحوث

أحمد محمد سعيد بابقي

ربيع الأول ١٤٠٤هـ.

كلمة المستثمرين في مجال المستشفيات الخاصة

بين أيدينا ثمرة من ثمار مركز البحوث بالغرفة التجارية الصناعية بجدة ولعله لا يمت إلى التجارة أو الصناعة بصلة ولكن انتماؤه هو للمجتمع لذلك عكف مركز البحوث على إعداد هذا البحث متوخياً كل الدقة والمعرفة لما له من أهمية كبيرة متصلة بأهم عنصر في حياة البشر ألا وهو الصحة ..

لقد أولت الدولة كبير اهتمام بالمستشفيات الخاصة وشجعت المستثمرين في هذا المجال بقروض كبيرة وطويلة الأجل حتى تعم الفائدة جميع المواطنين وكلنا أمل في أن يستفيد كل قارئ من هذا البحث داعين للجميع أن يمتعهم الله بالصحة والعافية وأن يحفظ جلالة الملك المعظم وولي عهده الأمين من كل مكروه .

نائب رئيس مجلس إدارة الغرفة

عبدالرؤوف أبوزنادة

المقدمة العلمية

لقد كانت الادارة في المستشفيات تتصف بالعزله حتى نشوب الحرب العالمية الثانية حيث كان لكل مستشفى نمط في انجاز الأعمال الادارية يختلف عن الانماط الأخرى.

ولكن بعد الحرب العالمية الثانية تزايد حجم المستشفيات وتزايد عدد أسرتها بشكل ملحوظ وتزاحمت تجهيزاتها ومعداتها وأجهزتها التي تعتبر مقياساً حقيقياً في الاعداد لهذه المستشفيات بتزايد الاختراعات وللتقدم التكنولوجي بوجه عام، كما تزايد عدد التخصصات التي يمكن ان تعمل في المستشفيات كنتيجة للتقدم السريع في العلوم الطبية وشبه الطبية والعلوم الهندسية والإدارية وغيرها. وبوجه عام ظهرت الحاجة إلى تحقيق الفائدة المرجوة للمواطنين من وجود المستشفى.

فلقد تزايدت أهمية إدارة المستشفيات كعلم في ربع القرن الأخير، وذلك بعد تعدد الوان الرعاية التي أصبحت تقدمها في المجتمعات المتقدمة، وتزايد الطلب عليها، بالاضافة إلى تزايد عدد وفئات المجتمع التي أصبحت تتمتع بتلك الرعاية الهامة.

ومن ناحية أخرى لم تعد المستشفيات في العصر الحديث مقصورة على تقديم الرعاية التشخيصية والعلاجية للمرضى، ولكن تعداه إلى عديد من التوعيات الاجتماعية ليشتمل أيضاً على المشاركة الايجابية والقيام بدور فعال في وقاية المجتمع من المرض، ولهذا أصبحت مركزاً صحياً متكاملاً.

وبالاضافة إلى هذا فقد صاحب اتساع نطاق العمل الذى تقوم به المستشفيات في خدمة المجتمع تطور مستمر في علوم إدارة وهندسة المستشفيات، وتزايد مستمر في عدد وتنوع الفئات والمهن المطلوبة للعمل بالمستشفيات والكفاءات العلمية المطلوبة فيها، إلى جانب كبر حجم الانفاق اللازم لانشائها وإدارتها بوجه عام.

كما صاحب التقدم في مجالات الطب والجراحة وتشعب التخصصات فيها في ربع القرن الأخير تقدم مماثل في مجالات أخرى فنية وشبه فنية حيث ظهرت الحاجة إلى هذه التخصصات في المستشفيات بهدف تقديم أقصى رعاية ممكنه للمريض والمصاب.

وأصبح المستشفى الحديث يضم فئات متعددة من التخصصات العاملة مما يشكل أثراً على

الأهمية النسبية للطبيب في المستشفى على الرغم من أنه مازال يحتل مركز الصداره بالنسبة لفريق رعاية المريـض .

إن إدارة المستشفيات تعتبر من الموضوعات المعقده في العصر الحديث حيث يعبر عن تنظيم المستشفيات بالتنظيم المركب والمعقد حيث يضم العديد من التنظيمات غير الرسمية والتي قد تكون غير مناسبة لظروف وجود فئات متعددة من العاملين يختلفون فيما بينهم من حيث الدخل والتعليم والخلفيات البيئية.

وتنقسم المستشفيات في أي دولة من حيث الملكية إلى مستشفيات عامة ومستشفيات خاصة فالمستشفيات العامة تقوم لتحقيق خدمة عامة حيث تكون إما تابعه للدولة أو لمنظمات أهلية تهدف إلى فعل الخير وتقديم خدمات للمجتمع. وفي معظم الدول النامية فإن المستشفيات العامة تملكها الدولة عادة وتمدها بالاعانات المادية لتستطيع أن تقوم بدورها في خدمة المجتمع وتستمر في أدائه، وفي الدول المتقدمة أيضاً تحصل تلك المستشفيات على إعانات ودعم من الدولة والمنظمات الخيرية والاجتماعية حتى تؤدي رسالتها المحمله على عاتقها.

إن هدف تحقيق الربح في المستشفيات لا يكون في مقدمة الاهداف في كل الأحوال فهناك أهداف أخرى مثل هدف التعليم والتدريب وإجراء البحوث وهدف المشاركة الايجابية في وقاية المجتمع من المرض بالاضافة إلى تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب.

أما المستشفى الخاص فإما أن يقوم بتقديم خدمة ولا يهدف من ورائه لتحقيق الربح وإدارته كمشروع تجاري وفي هذه الحالة يكون ذلك المستشفى مملوكا لإحدى الهيئات الدينية أو بعض الشركات الصناعية أو إحدى المنظمات الاجتماعية لفعل الخير وغير ذلك واما أن يقوم المستشفى الخاص بفرض تحقيق الربح بجانب تقديم الخدمة الطبية للمرضى والمصابين، ونمط إداراته كنمط إدارة المشروع التجاري، وفي هذه الحالة إما أن يكون مملوكاً لفرد أو مجموعة من الأفراد أو منشأة.

ويقوم هذا البحث لدراسة مدى تطبيق الأصول والأسس العلمية في الإدارة بالمستشفيات الخاصة بمدينة جدة وكذا التعرف على نقاط القوة ونواحي الضعف في نواحي العمل المختلفة بتلك المستشفيات ليمكن ترشيد العملية الإدارية فيها.

ولا يفوتنا هنا أن ننوة إلى أن هذا البحث يقوم على دراسة مدى تطبيق وظائف الإدارة بالمستشفيات الخاصة وليس على تقييم إدارة المستشفيات الخاصة سواء منها الإدارة العليا بتلك المستشفيات أو الإدارة الوسطى أو الإدارة الدنيا.

مشكلة البحث:

تدور مشكلة البحث حول :

١ - وضع المستشفيات الحالي ووجود العديد من الفئات المختلفة من العاملين الذين يختلفون في العادات والتقاليد والدخل ومستوى التعليم.

٢ - إدارة المستشفيات عن طريق الأطباء غير المؤهلين إدارياً.

٣ - عمل المستشفيات تحت ظروف غير محدودة.

٤ - تطبيق الأساليب الإدارية وفقاً لما يتراءى للقائمين على إدارة تلك المستشفيات.

٥ - تدخل أصحاب المستشفيات الخاصة في إدارتها.

أهداف البحث :

يهدف هذا البحث إلى :

١ - التعرف على مدى تطبيق الأصول والاسس العلمية في الإدارة بالمستشفيات الخاصة بغرض ترشيد العملية الإدارية بها.

٢ - كشف نواحي القوة ونقاط الضعف ومسبباتها في نواحي العمل المختلفة بالمستشفيات الخاصة.

٣ - التوصية بما يلزم بناء على ما تظهرة نتائج الدراسة.

حدود البحث :

١ - يقتصر البحث على عينة من المستشفيات الخاصة بمدينة جدة دون غيرها من المستشفيات الأخرى بالمدينة.

٢ - تشتمل عينة البحث على المستشفيات التالية :

مستشفى الداغستاني بجدة - مستشفى بخش بجدة - مستشفى دار الشفاء بجدة مستشفى جدة الوطني الجديد - مستشفى فقيه - مستشفى عرفان - مركز جدة الطبي

٣ – الفترة الزمنية التي يمتد إليها البحث عبارة عم خمس سنوات تبدأ من ١٣٩٧هـ ١٤٠١–

٤ – بلغت نسبة الاستجابة ٥٥٪ من حجم العينة المختارة لكل من يشغل وظيفة إدارية بالمستشفيات الخاصة، ٦٥٪ للمرضى، ٧١٪ لاستمارة جمع البيانات الاحصائية.

منهج البحث :

ينتهج في إعداد هذا البحث ما يلي :

١ – الرجوع إلى الكتب والمراجع والنشرات والدوريات سواء العربي منها أو الأجنبي والمتعلقة بإدارة المستشفيات.

٢ – عمل مسح شامل للمستندات والسجلات والتقارير الاحصائية في الفترة التى يشملها البحث بالمستشفيات محل الدراسة.

٣ – تصميم ثلاث استمارات استقصاء بيانها كالآتي :

(أ) تصميم إستمارة استقصاء توجه إلى مديرى المستشفيات محل الدراسة ووكلائها ورؤساء الأقسام المهنية بها.

(ب) تصميم إستمارة إستقصاء توجه للمرضى بالمستشفيات محل الدراسة.

(جـ) تصميم إستمارة جمع بيانات إحصائية عن الأنشطة المختلفة بالمستشفيات محل الدراسة.

٤ – ملاحظات الباحث أثناء زياراته الميدانية للمستشفيات محل الدراسة.

خطة البحث :

- مقدمــــــــــة
- مشكلة البحــث.
- أهـداف البحــث.
- حـدود البحـــث.
- منهـج البحـــث.
- خطـة البحـــث.

الباب الأول : - أساسيات في إدارة المستشفيات.

الفصــل الأول : أهميـة الإدارة في المستشفيات.

الفصــل الثانى : أنــواع المستشفيات.

الفصــل الثالث : مبادىء الإدارة في المستشفيات.

الفصــل الرابع : نطـاق الإدارة في المستشفيات.

الفصل الخامس : الطبيب والإدارة .

الفصل السادس : طبيعة الإدارة في المستشفيات .

البـاب الثـانى : الأسس العلمية للأساليب الإدارية في المستشفيات.

الفصــل الأول : التخطيط في المستشفيات .

- مفهـومـه .
- أهميتــه .
- المشاركة في التخطيط .
- إعلان الخطة على العاملين وشرحها لهم.
- خطوات وضـع الخطـه .
- خصائص التخطيط الجيد .

- أنـواع الخطط وفقـاً للمدى الزمنى للخطه.
- معوقـات التخطيط.

الفصـل الثـانى : التنظيم في المستشفيات.
- مفهـومـه.
- خصائص التنظيم الجيد.
- أنـواع التنظـيم.
- أركان التنظـيم.
- الخطوات التي يقوم عليها البنيان التنظيمي.

البـاب الثالث : - التوجيه في المستشفيات.
- مفهـومه.
- أدوات التوجيـه.

الفصـل الرابـع : الرقابة في المستشفيات.
- مفهوم الرقابة.
- وظـائف الرقابة.
- الشروط الواجب توافرها في أي نظام رقابي.
- أدوات الرقابة.
- أنـواع الرقـابة.

الباب الثالث : - أساليب ممارسة الوظائف الإدارية بالمستشفيات الخاصة (الدراسة الميدانية).

الفصل الأول : - التخطيط المتبع في المستشفيلت الخاصة.

- أهداف المستشفيات الخاصة .
- مدى وجود تعارض بين الأهداف الفرعية وبعضها في المبيتشفيات الخاصة وكيف يمكن التغلب على ذلك التعارض.
- أنواع التخطيط بالمستشفيات الخاصة.
- مدى مساهمة إدارة المستشفى في وضع الخطة.
- مدى وجود خطة مستقلة لكل قسم من الأقسام المختلفة بالمستشفى.
- عرض الخطة على العاملين بعد اعتمادها وشرحها لهم.
- مدى أخذ أراء العاملين في الاعتبار عند تقييم مستوى الخدمات الطبية المقدمة لهم.
- مدى أخذ أراء المرضى في الاعتبار عند تقيم مستوى الخدمات الطبية المقدمه لهم.
- مدى تكيف المستشفى مع بيئتها الخارجية.
- مدى استفادة إدارة المستشفى من خطط الأعوام السابقة.
- كيفية إدارة المستشفيات الخاصة (صاحب المستشفى - مديرها - مجلس إدارة المستشفى)
- هل تؤدى المستشفى خدماتها للمنطقة المحلية الموجودة بها فقط.
- الخلاصة.

الفصل الثانى : - التنظيم المتبع في المستشفيات الخاصة.

(أ) الأفراد.
- مدى كفاية عدد العاملين بالمستشفى لحجم العمل بها.
- مدى ملائمة مؤهلاتهم للأعمال التي يقومون بها.
- مدى وجود اجتماعات دورية بين مختلف الفئات الفرعية بالمستشفى من عدمه.
- مدى تلقى مدير المستشفى تقارير دورية من رؤساء الأقسام المهنية من عدمه.
- نتائج الدراسة حول إجراءات ونظم العمل.
- مدى سلامة وانتظام القيد بسجلات المستشفيات الخاصة.
- نوع التنظيم الذى تفضله المستشفيات الخاصة.
- مدى وجود برامج تدريبية للعاملين بالمستشفيات الخاصة.

- مـدى كفاءة الأفراد الذين يعملون على الأجهزة والمعدات الموجودة بالمستشفيات الخاصة.

(ب) **الامكانيات المادية .**

- مـدى كفاية الأسرة الموجودة بالمستشفيات الخاصة.
- مـدى كفاية الأجهزة والمعدات الحديثة بالمستشفيات الخاصة.
- مـدى مقابلة الأجهزة والمعدات الموجودة بالمستشفيات الخاصة لمتطلبات العصر.
- مـدى توافر أجهزة الأضاءة والتهوية الجيدة في المستشفيات الخاصة.
- كيف تتم صيانة الأجهزة والمعدات بالمستشفيات الخاصة.
- مـدى توافر وسائل الاتصال الحديثة بالمستشفيات الخاصة.
- الخـلاصـة.

الفصل الثالث : - الرقـابة المتبعة في المستشفيات الخاصة.

- أنـواع الرقابة بالمستشفيات الخاصة.
- الوسـائل الرقابية المستخدمة في المستشفيات الخاصة.
- مـدى وجـود معايير رقابية من عدمه في المستشفيات الخاصة.
- مسئولية متابعة أعمـال المستشفيات الخاصة.
- المجالات التي يشملها تقيـيم كفاءة أداء المستشفيات الخاصة.
- الخـلاصـة.

البـاب الرابـع : - [illegible] والتوصيـات.

الفصـل الأول : الخـلاصـة.

الفصـل الثـانى : التـوصيـات.

المـلاحـق :

الملحق الأول : استمارة استقصاء لمديرى المستشفيات ووكلائها ورؤساء الأقساء المهنية بها.

الملحق الثانى : استمارة استقصاء للمرضى بالمستشفيات محل الدراسة.

الملحق الثالث : استمارة جمع بيانات إحصائية من المستشفيات محل الدراسة وخلال سنوات الدراسة.

- المـراجـع :
- الفهـرست :

الباب الاول

أساسيات في إدارة المستشفيات

الفصل الاول أهمية الادارة فى المستشفيات

الفصل الثانى انواع المستشفيات

الفصل الثالث مبادئ الادارة في المستشفيات

الفصل الرابع نطاق الادارة في المستشفيات

الفصل الخامس الطبيب والادارة

الفصل السادس طبيعة الادارة في المستشفيات

الفصل الأول

أهمية الإدارة في المستشفيات

إن ما يسعى إليه الإنسان دائماً في حياته، هو أن يحقق الرفاهية لذاته. ولكي يحقق هذه الرفاهية عليه إشباع كافة حاجياته سواء كانت مادية أو معنوية، ولا شك أن تحقيق هذه الحاجيات جميعها أمر صعب عند العموم ان لم يستحل وجوده، فالناس يسعون دائماً إلى تحقيق أكبر قدر ممكن من الرفاهية وذلك وفقاً لما تتيحه لهم ظروفهم وإمكانياتهم بحيث يتم عمل توازن بين مختلف أنواع الحاجيات بألا تطغى الحاجيات المادية على الحاجيات المعنوية. ولكي يتم عمل توازن بين مختلف هذه الأنواع، لا بد من وجود قوة مرشدة تنظمه، فتهيء لكل فرد قدراً من الرفاهية يتناسب مع امكانياته وظروفه.

ولكي يتم التنسيق بين حاجات الأفراد من ناحية وجهودهم من ناحية أخرى، لا بد من وجود قيادة إرشادية حكيمة، لأنه لو ترك الأمر لكل واحد منهم ليفعل ما يشاء دون قائد، فإن حب الذات الذى يتصف بها معظم البشر سوف يؤدى إلى أن تطغى فئة على أخرى، وتصبح الأمور غير طبيعية بحيث لا يستطيع الحصول على المنافع سوى من فاق غيره قوة. فالناس مختلفون في القدرات ومتباينون في المواهب، ولكي تتكامل القدرات والمواهب وتعمل جميعها في إنسجام تام، يجب ان يتعاون الناس جميعاً لبلوغ غايتهم وهي تحقيق أكبر قدر ممكن من الرفاهية، ولكي يمكن الوصول إلى تلك الغاية، لابد من وجود فئة من الناس تنظر إلى مصالح الناس جميعاً وأن تسخر مصالح الأفراد لتحقيقها وتستخدم الطاقات المتباينة وتوجه كل فرد إلى العمل المناسب والذى يمكن ينتج فيه أكثر من أى عمل آخر ، على أن يسود العدل بين الجميع في إشباع الحاجات.

فالتنظيم البشري قديم قدم الحضارة الإنسانية، أي منذ فكر الانسان في تنظيم نفسه. ذلك أن الفرد قد وجد نفسه أنه لا يستطيع أن يعيش في معزل عن غيره فنشأت الجماعات، وقد وجدت الجماعة أنه لا سبيل لانتظام حالها ألا عن طريق اختيار أحد اعضائها القادرين ليكون قائداً لها، يعمل على تسوية أمورها ومعالجة مشاكلها وتحقيق التعاون بين أفرادها والعمل على استغلال ما تتمتع به الجماعة من قوى بشرية وموارد طبيعية ومادية في سبيل تحقيق أفضل اشباع لهم. وبناء على هذا يترتب على القائد طاعة باقى اعضاء الجماعة فيستجيبون لأمره ويعملوا بناء على توجيهاته، وكلما كان

القائد حكيماً وواعيـاً واميناً، كلما استطاعت الجماعة تحقيق أهدافها بأقل جهد وفي أقصر وقت وبأقل التكاليف.

يتضح مما سبق أهمية الإدارة بصفة عامة في المجتمع وفى كافة وحداته، فكلما كانت الإدارة حكيمة وواعية كلما قصر الطريق إلى تحقيق الهدف، وبقدر ما تضعف يطول ذلك الطريق حيث تتعارض الحاجات وتتصادم الرغبات وتتفشى الفوضى، فتنحرف الجماعة عن هدفها أو تضل الوصول إليه.

لهذا فإن الإدارة أمر حتمي لكل أنواع الجماعات والمنظمات مهما إختلفت اشكالها وظروفها.

ولقد تزايدت أهمية إدارة المستشفيات كعلم في ربع القرن الأخير، وذلك بعد تعدد ألوان الرعاية التى أصبحت تقدمها في المجتمعات المتقدمة، وتزايد الطلب عليها، بالاضافة إلى تزايد عدد وفئات المجتمع التى أصبحت تتمتع بتلك الرعاية. هذا ومن ناحية أخرى لم تعد المستشفيات في العصر الحديث مقصورة على تقديم الرعاية التشخيصية والعلاجية للمرضى، فحسب بل أصبحت تقوم بدور إيجابي وفعال في وقاية المجتمع، وبذلك أصبحت مركزاً صحياً متكاملاً. ولقد صاحب إتساع نطاق العمل الذي تقوم به المستشفيات في خدمة المجتمع تطور مستمر في علوم إدارة وهندسة المستشفيات، وتزايد مستمر في عدد وتنوع الفئات المطلوبة للعمل بالمستشفيات، إلى جانب تضخم مستمر في حجم الانفاق اللازم لانشائها وإدارتها بوجه عام. كما صاحب ذلك التقدم ظهور الحاجة إلى أنواع عديدة وجديدة من التخصصات في المستشفيات بهدف تقديم أقصى رعاية طبية ممكنة للمريض والمصاب.

إن إدارة المستشفيات تعتبر من الموضوعات المعقدة في العصر الحديث حيث يعبر عن تنظيم المستشفيات العامة المستحدثة بالتنظيم المركب والمعقد حيث يتوافر العديد من التنظيمات غير الرسمية التي قد تكون غير مناسبة لظروف وجود فئات متعددة من العاملين يختلفون فيما بينهم من حيث الدخل والتعليم والخلفيات البيئية، كما يشتمل على كل ما هو معروف من التنظيمات الرسمية كالتنظيم الرأسي والتنظيم الوظيفي والتنظيم المشترك والتنظيم مع استخدام اللجان، كما يحمل أنماطاً أخرى في التنظيم غير معروفة في المشروعات الاقتصادية.

يتضح مما سبق أن الإدارة قديمه منذ القدم أي منذ قدم الحضارة الإنسانية، وأن الإدارة تعمل على تحقيق رغبات الأفراد بأقل جهد وفي أقصر وقت وبأقل التكاليف، كذلك حتمية الإدارة لكل نوع من أنواع الجماعات والمنظمات مهما إختلف شكلها وظروفها. أما إدارة المستشفيات فلم تظهر أهميتها كعلم الا في ربع القرن الأخير وأنها تعتبر من الموضوعات المعقدة في العصر الحديث وذلك لوجود العديد من التنظيمات غير الرسمية بها وكذا التنظيمات الرسمية المعروفة، بالاضافة إلى أنماط أخرى في التنظيم غير معروفة في المشروعات الاقتصادية.

الفصل الثاني

أنواع المستشفيات

هناك عدة تقسيمات للمستشفيات نوضحها فيما يلي :-

(أ) يمكن تقسيم المستشفيات إلى نوعين أساسيين هما :

- المستشفى المتخصص .
- المستشفى ذو التخصصات المتعددة.

فالمستشفى المتخصص هو الذي يكون متخصص في علاج جزء من أجزاء الجسم كالعين والأنف والأذن والحنجرة ومستشفيات العظام ومستشفيات السرطان.

أما المستشفى ذو التخصصات المتعددة فإنه يهدف في مجموعه إلى تقديم العلاج للعموم رجالاً كانوا أم نساءاً أم أطفالاً واللذين يعانون من إصابة أو مرض فيما عدا بعض الأمراض سريعة العدوى هذا ومن الممكن أن يلحق بتلك المستشفيات أقساماً لأمراض الأطفال والأمراض المتوطنة (مثل البلهارسيا والأنكلستوما) ليمكن تقديم خدمة متكاملة بالمستشفى.

(ب) يمكن تقسيم المستشفيات العامة (الحكومية) حسب المنطقة التى توجد فيها إلى ثلاثة أنواع هم :

- **المستشفى العام:** وهو المستشفى الذي يخدم منطقة وتوجد به كافة التخصصات العامة وعادة ما يختار له مكان استراتيجي ليمكن من خلاله تقديم الخدمة بسهولة ويسر.
- **المستشفى المركزي:** وهو عبارة عن مستشفى متوسط يشتمل على بعض مئات ألاسرة حيث تتوافر به التخصصات العامة في مجالات الأمراض الباطنية والجراحة والتوليد.
- **المستشفى المحلي:** وهو مستشفى صغير توجد به أسيرة يتراوح عددها من ٢٠٠ سرير إلى ١٠٠ سرير حيث يتوافر به حسب الحاجة التخصصات العامة في الأمراض الباطنية والجراحية ورعاية الأمومه.

(جـ) يمكن أن تنقسم المستشفيات من حيث الملكية إلى :-

- المستشفى الحكومي .
- المستشفى الخــاص .

فالمستشفى الحكومي: هو الذي يدار بواسطة سلطة عامة أي بمعنى اخر يدار بواسطة منظمة من منظمات الإدارة العامة . ولذلك يسمى أحياناً بالمستشفى المملوكة ملكية عامة وفي بعض الأحيان يكون المستشفى تابعاً رأساً لوزارة الصحة كواحد من المستشفيات التي تملكها، وقد يكون مملوكا أو يدار بواسطة منظمة أخرى من منظمات الإدارة العامة .

هذا وقد تكون ميزانية المستشفى داخله ضمن ميزانية وزارة الصحة أو ميزانية ملحقه بميزانية إحدى الجهات الحكومية مثل ميزانية المستشفيات التعليمية والتى تعتبر ميزانية ملحقه بميزانية الجامعة التي عادة ما تملكها الدولة في الدول النامية . وعلى الرغم من ذلك فقد تحاول هذه المستشفيات تغطية بعض التكاليف من رسوم رمزية تحصل من المنتفعين بخدماتها .

وعموماً فإن المستشفيات الحكومية تحمل طابع الخدمة العامة وتتمتع لذلك بالصبغة الرسمية وعادة ما تضم بداخلها تخصصات متعددة لخدمة أكبر عدد ممكن من المواطنين في المنطقة المحيطة بها .

أما المستشفى الخاص: فينقسـم إلى نوعين هما :-

١ - المستشفى الخاص الذى تملكه جهة لفعل الخير ولا تهدف من ورائه إلى تحقيق الربح أو إدارته كمشروع تجاري وهذا النوع من المستشفيات قد تمتلكه هيئات دينية أو بعض الشركات الصناعية وأ إحدى المنظمات الاجتماعية لفعل الخير وغير ذلك .

٢ - مستشفى خاص تملكه منشأة أو فرد أو مجموعة من الأفراد بهدف تحقيق الربح ، ونمط إدارته كنمط إدارة المشروع التجاري .

الفصل الثالث

مبادىء الإدارة في المستشفيات :

Principles of Hospitals's Administrations:

لازالت مبادىء الإدارة التي ذكرها فايول FAYOL هي التي تدور عليها عجلة العلوم الإدارية حتي الأن، ومبادىء الإدارة في المستشفيات لا تختلف عن مبادىء الإدارة في أي منظمة من المنظمات الأخرى سواء كانت تلك المنظمة من منظمات الخدمات أو منظمات الأعمال، لكن الفرق في مدى تطبيق كل منهم لمبادىء الإدارة. وفيما يلي تلك المبادىء.

١ ـ مبدأ تقسيم العمل (التخصص) : Division of Work:

إن مبدأ تقسيم العمل هو انعكاس لروح العصر الذى يعتمد على التخصص إلى أبعد مداة، لما في ذلك من فوائد عديدة أهمها السرعة والأبتكار ودفع عجلة التقدم وعلى الرغم من أن رواد الإدارة الأوائل أمثال فايول قد أبرزوا أهمية العمل الإداري كنشاطاً متخصص منذ أكثر من ستين عاماً (١٩١٣م). إلا أنه في المستشفيات لم يعترف بذلك (حتى في أرق الدول تقدماً) إلا بعد الحرب العالمية الثانية، كما أنه في كثير من الدول النامية مازلنا نشاهد الطبيب يجمع بين عمله الفني المتخصص وإدارة المستشفى الأمر الذي يجعله ينصرف إلى إدارة المستشفى دون الاهتمام بعمله الفني المتخصص أو ينصرف إلى عمله الفنى دون الاهتمام بعمله الإداري مما يتسبب في انخفاض كفاءة الأداء بمستشفياة.

٢ ـ مبدأ السلطة والمسئولية : Authority and Responsibility:

بطبيعة الحال نجد أن هناك علاقة بين السلطة الرسمية والمسئولية، فكل سلطة يجب أن تقابلها مسئولية متوازية، أي يجب أن تتوازن السلطة مع المسئولية (بقدر الامكان). وإذا نظرنا إلى طبيعة التنظيم الإداري للمستشفيات نجد أن مدير المستشفى يستطيع أن يصدر أمراً للعاملين من غير فئة

الأطباء، ولكنه لا يستطيع أن يضمن الطاعة لهذا الأمر إلا إذا كان معتمداً على سلطته الشخصية أكثر من سلطته الرسمية وذلك لظروف التنظيم المميز للمستشفيات من حيث وجود خطين للسلطة فمثلاً نجد أن مدير المستشفى يستطيع أن يصدر أوامره للمرضه لأداء عمل معين ويستطيع الطبيب في الوقت نفسه إصدار أمر لها لأداء عمل آخر، وقد يتطور الأمر إلى صراع إذا لم يتميز مدير المستشفى بالكياسة والفطنه ويضاف إلى ذلك أنه نظراً لوجود خطين للسلطه في المنتشفيات، ولظروف الاتجاه إلى تمتع الهيئة الطبية بالاستقلال (كهيئة تحكم نفسها بنفسها) داخل الكيان التنظيمي للمستشفي الحديث فإننا نجد أن مبدأ توازي السلطة مع المسئولية غير واضح بالنسبة لمجلس إدارة المستشفى ومديرها وصاحب المستشفى في حالة المستشفى الخاص.

٣ - مبدأ تدرج السلطة : Scalar Chain

يلاحظ أن هذا المبدأ لاينطبق أيضاً بالنسبة للهيئة الطبية، لأن كل طبيب له حق ممارسة الرعاية الطبية في المستشفى ويتمتع بسلطات كاملة في ممارسة عمله دون الرجوع إلى من يفوقه في الخبرة والمستوى العلمي في حالة غيابه، كما هو واضح في النوبات الليلية.

ولا يقتصر الأمر على تمتع الهيئة الطبية في المستشفى بحرية العمل دون التقيد بمستويات إدارية معينة ولكن توجد فئات أخرى تتمتع بتلك الحرية، وخاصة في الحالات التى تتوقف عليها حياة المريض، فمدير المستشفى ورئيسة هيئة التمريض لهما حرية تجاوز قنوات الاتصال الرسمية المعروفة في الحالات الحرجة حيث أن نسبة كبيرة من المشكلات اليومية يمكن أن تحل عن طريق قنوات الاتصال المحدودة في التنظيم وتتم على أساس المستويات الإدارية المحدودة.

وبالإضافة إلى ما تقدم فإن القرارات الطبية يمكن أن تتخذ في أدنى المستويات في الهيئة الطبية

بالنسبة للتشخيص والعلاج حيث يتمتع كل طبيب بالحرية الكاملة. وهذه القرارات تقع في مستوى إدارى يقل عن مستوى إدارة المستشفى بطبيعة الحال. وقد يقال عنها أنها قرارات طبية وليست قرارات إدارية ولكننا نقول إن أي قرار طبي هو قرار إدارى في نفس الوقت لأنه يترتب عليه استخدام موارد المستشفى فمثل الطبيب بإجراء فحوص مخبرية وإشعات للمريض، فمثل هذا القرار يترتب عليه استخدام بعض معدات المعامل وأجهزة الأشعة التشخيصية وتشغيل الأفراد الذين يعملون في تلك الأنشطة ومعنى هذا ان مدير المستشفى يعتبر مسئولاً عن عُهد المستشفى واستخدامها ولا يختص وحده في تشغيلها أو أوامر تشغيلها بل يتعداه الأطباء المختصين حيث لا ينطبق مبدأ تكافؤ السلطة مع المسئولية وتكمن خطورة هذا في أن موارد المستشفى قد تستخدم استخداماً خاطئاً أو استخداماً غير سليم للقوانين والمعلومات الخاصة الأجهزه والمعدات، ومن ثم عدم إمدادها بالإمكانيات الحديثة.

٤ – مبدأ وحدة القيادة ووحدة التوجيه : Unity of Command and Unity of Direction:

يقصد بوحدة القيادة أن يتلقى العامل الأوامر من رئيس واحد فقط أما وحدة التوجيه فيقصد بها أن كل مجموعة من الأنشطة تسير نحو أهداف متماثلة لها خطة واحدة وبالنسبة لمبدأ وحدة القيادة في المستشفيات فإننا نجد أنه لا ينطبق في كثير من الأحوال فمثلاً نجد أن الممرضة قد تتلقى أوامر من الطبيب المعالج مخالفة للأوامر التى تتلقاها من مدير المستشفى، وقد تكون مخالفة أيضاً للأوامر التى تتلقاها من رئيسة هيئة التمريض. ويعزى هذا إلى وجود خطين للسلطة في المستشفيات.

أما بالنسبة لوحدة التوجيه فإننا نجد عدم إنطباق هذا المبدأ على إدارة العلاقات العامة وإدارة الخدمة الاجتماعية في المستشفيات فيما يتعلق بالعلاقة مع المريض حتى في مستشفيات البلاد المتقدمة.

٥ – مبدأ مكافأة العاملين :

يقصد بمبدأ مكافأة العاملين ضمان تحقيق العدالة فيما يحصلون عليه من دخل يتكافأ مع الجهود التي يبذلونها. فمثلاً نجد في الدول النامية تباين بين مجموع الدخل الذي تحصل عليه المهن الطبية

وشبه الطبية في المستشفيات والمهن غير الطبية حيث نجد أن كثيراً من المهن غير الطبية في المستشفيات لا تقل أهمية بالنسبة لأداء رسالتها عن جهد الطبيب على الرغم من عدم وجود فرص التوازن بينهما في المستشفيات بالدول النامية.

٦ - مبدأ المساواة :

يقصد بمبدأ المساواة أن يتمتع كل العاملين في المستشفى بمعاملة متماثلة. ويلاحظ أنه بالنسبة لهذا المبدأ عدم وجود مساواة في المعاملة بين العاملين في المستشفيات ولعل خير دليل على ذلك ما تتمتع به المهن الطبية من حرية في العمل دون غيرها من المهن غير الطبية ويظهر ذلك بشكل واضح في الدول النامية ويقل حدة في الدول المتقدمة.

٧ - مبدأ المركزية : **Centerliyation:**

يقصد بمبدأ المركزية تركيز السلطة في المستويات العليا في المستشفى سواء كان هذا التركيز في يد شخص أو مجموعة من الاشخاص.

ويرى فايول FAYOL ان موضوع المركزية واللامركزية يتوقف على هيئة الإدارة والقائمين عليها، فإن تميزت تلك الإدارة بالذكاء والخبرة والسرعة في التفكير فإنه يمكن قيادة التنظيم عن طريق المركزية، وإن كان غير ذلك فإن ما يناسبه هو اتباع اللامركزية أى التوسع في تفويض السلطة.

٨ - مبدأ الترتيب :

ويقصد به الترتيب المادى للأجهزة والمعدات الموجودة بالمستشفى والترتيب البشرى حيث يكون كل شخص في المكان المعدلة. والترتيب المادي والترتيب البشرى داخل المستشفيات يحتاج لمراجعة فكما نعرف أنه غالباً ما يحدث صراع بين الهيئة الطبية وإدارة المستشفى فيما يختص باستحضار الأجهزة والمعدات اللازمة للعمل بالمستشفيات وقد وجدت الولايات المتحدة الأمريكية

حلاً لهذا الموضوع عن طريق إنشاء لجنة مشتركة من الأطباء والإداريين للبت في طلبات شراء الأجهزة والمعدات الطبية وما زالت هناك بعض الدول تعاني من أثار هذا الموضوع.

٩ - وضع الشخص المناسب في المكان المناسب: Right Man & Right Place:

وبالنسبة لوضع الشخص المناسب في المكان المناسب فإن كثير من المستشفيات لم تتجه نحو توصيف وتحليل الوظائف وبخاصة في الدول النامية، الأمر الذى ترتب عليه مشكلة عدم وضع الشخص المناسب في المكان المناسب له، إن وضع الشخص في مكان مناسب يجعله قادر على العطاء وبذل المزيد من الجهد والتفانى في العمل وذلك على العكس من الشخص الذى يوضع في مكان غير مناسب.

١٠ - ثبات العاملين:

يلاحظ أنه بالنسبة لمبدأ ثبات العاملين فإن المستشفيات تعاني من هجرة الكفاءات نتيجة عدم الشعور بالانتماء إلى التنظيم لتعدد الفئات العاملة في المستشفيات وكذا التوتر الذى يصاحب العمل في المستشفيات كما أن بعض الرجال لا يقبلون العمل تحت رئاسة الجنس الآخر هذا بالإضافة إلى ظروف العمل بنظام الورديات وبخاصة الليلية منها وعلى الرغم من هذا فإن هناك بعض من المستشفيات تحاول أن تتلاقى بعض هذه المشاكل بتهيئة العاملين لتقبلها عن طريق إعداد برنامج تدريبي هادف لتقبلهم النفسي للعمل بالمستشفيات[1].

١١ - مبدأ روح التعاون:

بالنسبة لمبدأ روح التعاون فإن على إدارة المستشفى أن تشجع العاملين على العمل وكأنهم فريق

---

(1) The institute of hosp. administration, modern hosp. managemnt, P.503
Baily, Hosp. personnel administration P.11

واحد. الا أن هناك أمور عديدة قد تقف حيال تطبيق هذا المبدأ منها احتمال ظهور تنظيمات غير رسمية لظروف وجود العديد من التخصصات العاملة ذات الخلفيات العلمية والاجتماعية المتباينة. وظروف وجود خطين للسلطة في تنظيم واحد، كما أن هذا التنظيم يحتوى في الواقع على تنظيمين متقابلين هما تنظيم الهيئة الطبية وتنظيم إدارة المستشفى هذا بالاضافة إلى ظروف روح الاخاء والترابط بين الاطباء ونظرتهم إلى كل من يتدخل فيما يقومون به من عمل وخاصة إذا كان من مهنة أخرى، وقد يؤدي هذا كله إلى ظهور فئات إنتهازية بين العاملين تستغل تلك الظروف المحيطة بطبيعة العمل بالمستشفيات لتحقيق مأرب شخصية. ولعل ذلك هو السبب في إصرار بعض المستشفيات في إنتقاء مجموعة العاملين بها ممن يتمتعون بروح الخدمة العامة.

١٢ - مبدأ المبادرة أو المباداة :.

فيما يتعلق بمبدأ المبادرة أو المباداة أو تشجيع روح الابتكار فإن على إدارة المستشفى أن تسعى إلى تشجيع العاملين على اختلاف تخصصاتهم بالتقدم بالاقتراحات والبحوث الهادفة والبناءة وذلك بالنسبة لمختلف المهن العاملة في المستشفى، ويتم مزاولة هذا النشاط عن طريق إدارة العلاقات العامة في بعض المستشفيات التى توجد بها مثل هذه الإدارة.

وتعليقاً على ما تقدم فإنني اعتقد بأن هناك حاجة لوجود مبادىء متميزة لإدارة المستشفيات لما تتميز به طبيعة العمل بتلك المنظمات عن غيرها من المنظمات الأخرى.

★ ★ ★

الفصل الرابع
نطاق الإدارة في المستشفيات

لقد كانت الإدارة في المستشفيات تتصف بالعزلة حتى نشوب الحرب العالمية الثانية، حيث كان لكل مستشفى نمط في إنجاز الأعمال الإدارية يختلف عن الانماط الأخرى.

ولكن بعد الحرب العالمية الثانية تزايد حجم المستشفيات وتزايد عدد إسيرتها بشكل ملحوظ، وتزاحمت أجهزتها ومعداتها والتي تعتبر مقياساً حقيقياً في الاعداد لهذه المستشفيات بتزايد الاختراعات وللتقدم التكنولوجي بوجه عام، كما تزايد عدد التخصصات التي يمكن أن تعمل في المستشفيات كنتيجة للتقدم السريع في العلوم الطبية وشبه الطبية والعلوم الهندسية والإدارية وغيرها، وبوجه عام ظهرت الحاجة إلى تحقيق أقصى فائدة للمواطن من وجود المستشفى[1] عن طريق :-

١ - الحاجة إلى التكامل بين المنظمات الصحية المتوفرة في المنطقة وفي الدوله ككل حتى ولو كانت منظمات أهلية .

٢ - العمل على تقديم مختلف ألوان الرعاية الطبية بأقصى كفاية ممكنه لأفراد المجتمع المحيط بالمنظمات الصحية.

٣ - زيادة الاهتمام بالبحوث التي تقدم سبل الرعاية التي يحتاجها المريض باستمرار، والتعليم والتدريب للفئات العامله بالمستشفيات، والتثقيف والتوعية الصحية لأفراد المجتمع من خلال المستشفيات.

٤ - إزدياد الحاجة إلى وجود نمط خاص بالإدارة العلمية في المستشفيات فقد ظهرت الحاجة للإدارة العلمية في المستشفيات متأخرة عن ظهورها في المنشـآت الصناعيـة .

(1) Grant, Hosp. Management, PP. 1 - 12.

فالأهداف الأساسية والخلفية التاريخية مختلفة ما كما تتميز المستشفيات بأهداف مميزه وخاصة تلك المتعلقة بالتعليم والتدريب والتشخيص والعلاج والوقاية وهناك اتجاه جديد لتوسيع دائرة إرتباط المستشفى بالمنظمات الصحية والسياسات الصحية للدولة بوجه عام، الأمر الذى يجعل دائرة علاقات المستشفى الخارجية أكثر اتساعاً وتعقيداً عن المنشأت الاقتصادية إلى جانب درجة الحساسية المطلوب توافرها في مدير المستشفى والكفاءة المطلوبة للتنسيق بين الأنشطة والفئات المتعددة العاملة في المستشفى. هذا وتدار بعض المستشفيات الحكومية عن طريق مجلس إدارة، ولكن الوضع يختلف في المستشفيات الخاصة حيث أن صاحب المستشفى هو المسئول الأول والأخير عن كافة نواحي العمل المختلفة بالمستشفى.

إن تشكيل مجلس الإدارة والنوعيات المختلفة للاعضاء وضرورة تمثيل المجتمع المحيط واللجان المنبثقة عن ذلك المجلس يزيد من حاجة مدير المستشفى إلى جهود إدارية متزايدة لتنسيق علاقته بأعضاء هذا المجلس. ويلاحظ أن تمثيل المجتمع المحيط ليس على نفس الدرجة والأهمية في مجالس إدارة المنشأت الاقتصادية كما هو مطلوب في العصر الحديث بالنسبة للمستشفيات، هذا بالاضافة إلى ان الهيئة الطبية في المستشفيات أصبحت تمثل مصدراً أخر للسلطة في المستشفيات بشكل يجعلها تختلف عن إدارة المنشأت الاقتصادية التي تتميز بوجود خط واحد للسلطة في حين أن للمستشفيات خطين للسلطة مما جعل البعض يصف المستشفى بأنه عبارة عن تنظيم مركب وهو أمر يزيد من حيرة مدير المستشفى ويجعله في موقف يقع في مفترق الطرق بين مجلس الإدارة والهيئة الطبية والإدارة التنفيذية، ويزيد من الكفاءات والصلاحيات المفروض أن يكون عليها من حيث القدرة على التنسيق والدراسة للجانب السلوكي للفئات المتعددة المتنوعة العاملة في المستشفى وكيفية إرضائها جميعاً. وخاصة بعد تزايد الأهمية النسبية لكثير من تلك الفئات إذا ما قورنت بالأهمية النسبية للطبيب في المستشفيات القديمة بالحديثة وطموح تلك الفئات إلى الوقوف على قدم المساواة مع الطبيب في المستويات الإدارية بالمستشفى. حيث ظهرت أهمية المهندس في المستشفيات بدرجة كبيرة فهو عضو فعال في تصميم المستشفى الحديث، وهو عضو فعال في التخطيط الطويل الأجل للمستشفيات، وهو عضو فعال كذلك في إدارة وتشغيل وصيانة الأجهزة الحديثة في المستشفيات.

إن الطلب على المستشفيات يتزايد في ربع القرن الأخير وقد ترتب على ذلك التزايد زيادة في حجم ونوعية المشكلات الإدارية التي يواجهها مدير المستشفى، واختلاف طبيعة وحساسية تلك المشكلات عن التي يواجهها المدير في المنشأة الاقتصادية. فغالباً ما يسعى المدير في المنشآت الاقتصادية إلى خفض التكاليف لتزيد الأرباح في حين نجد أن مدير المستشفى في كثير من الأحوال يواجه دائماً مشكلة التضحية بالكفاية الإنتاجية وكفاية الاداء في سبيل اشباع الحاجات الاجتماعية لمتزايدة وتحقيق اقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب، وهو الهدف الأساسي والذي يجب أن يضعه مدير المستشفى في الاعتبار نظراً لأهميته ومردوده الفعلي للمجتمع التي تظهر نتائجه مثمرة ووضاحه على المترددين على المستشفى من المرضى والمصابين.

* * *

الفصل الخامس

الطبيب والادارة

لقد صاحب تطور حجم المستشفيات بعد الحرب العالمية الثانية وزيادة عدد أسرتها بشكل ملحوظ وتنوع التخصصات التي تعمل بها زيادة في مشكلاتها الإدارية، الأمر الذي دفعنا إلى الاعتقاد بأن الطبيب غير المتفرغ، وحتى الطبيب المتفرغ غير المؤهل للإدارة وغير الموهوب لايستطيع التغلب على حل مشكلاتها، وخاصة بعد ان تطورت الإدارة العلمية وأساليبها بسرعة لا تقل عن سرعة التطور في علوم الطب والجراحة.

إن فن إدارة المستشفيات والأساليب الخاصة بها تختلف اختلافاً جزرياً عن النشاط الطبي الممارس، خصوصاً فإن النشاط الطبي هو أسلوب فني له إطار علمي يتقيد به الطبيب، وليس شرطاً في ان نجاح الطبيب كطبيب يعتبر ضماناً لنجاحه كمديراً للمستشفى لأن المهارات تختلف من مهارة إلى اخرى.

وكان من نتيجة ذلك أن أصبح الطبيب المدير في المستشفيات عرضة للنقد في اساليب إدارته، وخاصة بعد أن ظهرت عدة مؤلفات في إدارة المستشفيات، وكان معظم المؤلفين من غير فئة الأطباء.

فقد ذكر احد الكتاب[1] أن الأطباء عندما يديرون المستشفيات يركزون اهتمامهم على الجانب الفني دون الاقتصادى، وأنهم عناما يواجهون بالحقائق يلوزون باستقلال مهنه الطب وينادون بعدم السماح لأي فرد بالتدخل في مجال عملهم، وهو أمر يفسر الفقد والضياع في إدارة المستشفيات مما يؤدي إلى تزايد حجم الانفاق عليها بصورة مستمرة. ويرجع بعض الكتاب عدم كفاءة الأطباء في إدارة المستشفيات إلى ما كان ومازال يتمتع به الطبيب في كل المجتمعات من مركز مرموق ودخل متزايد، بالاضافة إلى تهافت المرضى واستعدادهم المادى في سبيل اتمام شفائهم أو علاجهم.

(1) Moss, Brocnl, gust and eh nnesey, Hosp. policy de cision, PP. 251, 261,282

وقد أشار أحد الخبراء في خطاب له أنه ذُهل أثناء زيارته الأخيرة حول العالم من كثرة عدد الأطباء الذين يديرون المستشفيات ممن يعتبرون إداراتهم للمستشفى عملاً ثانوياً إلى جانب عملهم الأصلي، هذا بالاضافة إلى أن الطبيب لم يؤهل للقيام بالإدارة في المستشفيات، وأن كليات الطب في أرقى دول العالم لا تؤهله لإدارة المستشفى، وأنه يدير المستشفى إذ اوضح في هذا المأزق على أساس التجربة والخطأ، وهو أمر واضح في اضطراد تزايد الانفاق في المستشفيات سنة تلو الأخرى بشكل لا يتناسب وتزايد عدد أسرتها.

وقد أوضح الأطباء أنهم لم يحصلوا على أى نمط من أنواع التعليم التى تؤهلهم لاحتراف مهنة الإدارة حيث يكون التركيز. دائماً على علوم الطب، وأن الطبيب يفضل أن يقرأ كتاباً في الطب عن قراءته لكتاب في الإدارة.

يتضح مما سبق أن المستشفى بوصفها الحالي تحتاج الى مدير على درجة كبيرة من التأهيل الإداري لكي يستطيع ادارة المستشفى بأقصى كفاءة ممكنة ويسعى في تجنب هذا الجهاز الحيوي الهام من فقدانه وضياع الموارد والامكانيات المتاحة له، ولذا يجب أن تتوافر في بلادنا العربية دراسات عليا في إدارة المستشفيات تتاح فيها الفرص للطبيب وغير الطبيب من المهن المعقدة المتوافرة في المستشفيات والتي أصبحت على نفس المستوى من الأهمية والتعليم. فالطبيب مثل المهندس والصيدلي والممرضة وإخصائي الخدمة الاجتماعية وخريجي كلية التجارة وغيرهم والتي تتطلع هى الأخرى إلى اتاحة فرص الترقي في مناصب المستشفى إلى اعلاها. كما يجب في الوقت نفسه اشتراط التفرغ كليةً لمهنة الإدارة مع توافر المواهب اللازمة للقيام بأعبائها.

الفصل السادس

طبيعة الادارة في المستشفيات

إذا كانت المستشفيات تابعة للدولة أو لمنظمات أهلية تهدف إلى فعل الخير فإنها تدار لتحقيق خدمة عامة وتقديم الخدمات الصحية لكافة أفراد المجتمع. أما إذا كانت المستشفيات تابعة لفرد أو مجموعة من الأفراد فإنها تدار لتحقيق الربح ونمط إداراتها كنمط إدارة المشروعات التجارية.

وفي معظم الدول النامية نجد أن المستشفيات العامة تملكها الدول عادة أو تمدها بالاعانات لتستطيع أن تؤدي دورها في خدمة المجتمع وتستمر في أدائه تحت ضغط الانفاق المتزايد، وفي الدول المتقدمة أيضاً تحصل تلك المستشفيات على إعانات ودعم من الدوله ومن المنظمات الخيرية والاجتماعية حتى تؤدى رسالتها، كما أنه في الدول التى أممت الطب كالمملكة المتحدة نشاهد إزدياد التدخل الحكومي في إدارة المستشفيات لتسير في إطار التخطيط الصحي العام للدولة.

ويلاحظ أن المستشفيات الخاصة تهتم بتحقيق الربح بجانب العمل على تحسين مستوى الرعاية الطبية التي تقدم للمرضى. أما في المستشفيات العامة فإن هدف تحقيق الربح يسبقه دائماً هدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض وللمصاب، وهناك أهداف أخرى للمستشفى العام مثل هدف التعليم والتدريب وإجراء البحوث وهدف المشاركة الايجابية في وقاية المجتمع من المرض.

إن المستشفيات الخاصة تهتم بتحقيق الربح أو تغطيمه وتحقيق ذلك عن طريق العمل على تنظيم الكفاية في أداء الأعمال وضغط التكاليف في حدود الامكانات المتاحة.

فالوضع مختلف في المستشفيات العامة عنه في المستشفيات الخاصة والتى تدار على نمط المشروعات التجارية والتي توضع فيها تكاليف نمطية على أساس من تجارب الماضي وسعر البيع للسلعة أو الخدمة ونسبة الربح المراد تحقيقها وغير ذلك.

إن إدارة المستشفى يجب أن تسعى أولاً لتحسين ألوان الرعاية التي تقدم للمرضى وذلك عن طريق وضع مستويات دنيا لتلك الرعاية في حدود الامكانات المتاحة، ثم دعوة كل العاملين بما فيهم الأطباء لمداركة تلك المستويات. ولعله من الواضح أن مداركه تلك المستويات تكون دائماً في الاعتبار الأول، ولا يقف حيال مداركتها حاجز مهما كلف إدارة المستشفى من جهد ومال، وذلك طالما أن المستويات وضعت في حدود الامكانيات المحددة للمستشفى.

ولعل ما يلفت النظر حقاً هو كثرة اللجان التي يمكن أن تتوافر في المستشفيات، وهي اللجان الطبية وغير الطبية واللجان المشتركة (أطباء / إداريين) ولا تتوافر مثل هذه الكثرة والتنوع في التنظيمات الصناعية. وإن كان الاعتماد على اللجان الفنية يعتبر نمطاً من أنماط التنظيم الرسمي، ألا أن الملاحظ أن معظم القرارات الهامة في المستشفيات يمكن أن تمر من خلال لجان متخصصة.

وإن كان الاعتماد على اللجان بهذا الشكل الملحوظ يحمل في طياته كل المزايا والعيوب المعروفة لهذا النمط من التنظيم، ألا أنه يلاحظ أن طبيعة العمل في المستشفيات قد تحتم تجاوز إختصاصات بعض هذه اللجان عند الحاجة العاجلة، وبطبيعة الحال فإن لمجلس إدارة المستشفى في حالة المستشفى العام وصاحب المستشفى في حالة المستشفى الخاص. تجاوز إختصاصات بعض هذه اللجان كلما دعت الحاجة إلى ذلك.

ومن ناحية أخرى نجد أن المستشفيات تتميز بالتنظيم التخصصي الواسع حيث يوجد العديد من العاملين في تلك المنظمات واختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم الثقافية والاجتماعية واختلاف مستويات دخولهم وغير ذلك. ولعل هذا النمط من التنظيم يعتبر مجالاً خصباً لكثرة وتنوع التنظيمات غير الرسمية التي يمكن أن يكون بعضها مفيداً للمستشفى ودافعاً على تقدمه وتحقيق أهدافه، ويمكن لإدارة المستشفى استغلاله لتحقيق روح الإخاء والتعاون بين العاملين، كما قد تكون بعض هذه التنظيمات غير الرسمية قليلة النفع وتؤدى إلى عناصر اللامبالاة والتسيب والأهمال والضياع والفقد في أرجاء المستشفى المختلفة مما يسبب خسائر جسيمه. علماً بأن التنظيمات غير الرسمية بشقيها موجودة في مختلف المنظمات سواء منها الكبيرة أو الصغيرة، هذا ويعتقد بأنها لا توجد بمثل هذه الكثرة والتنوع كما توجد في المستشفيات، كما أن التنظيمات غير الرسمية التى تسير في اتجاه مضاد لإتجاه إدارة المستشفى تكون أكثر خطورة في حالة تكونها في تلك المهن الطبية وشبه الطبية وتقل تلك الخطورة كلما كانت في المهن غير الطبية.

وليس معنى ذلك أن المهن غير الطبية في المستشفى ليس لها أمال أو تطلعات خاصة، ولكن نجد أن الفرصة متاحة في المهن الطبية وشبه الطبية بصورة أكبر لتكوين مثل هذه التنظيمات غير الرسمية حيث تضطر إدارة المستشفى إلى اعطاء مزيد من الحرية والمرونة لتحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب، وهذه الحرية قد يساء استخدامها لتحقيق المصالح الشخصية.

وعموماً فإنه في حالة تكوين مثل هذه التنظيمات غير الرسمية فإن إدارة المستشفى يجب أن تعالجها بطريقة غير رسمية أيضاً وبدبلوماسيه بالغة لتجنب الاصطدام المباشر مع هيئة الأطباء إلا إذا كانت النتائج بالغة الأثر على أهداف المستشفى وسياستها.



NEW JEDDAH CLINIC HOSPITAL



الباب الثاني

الأسس العلمية للإدارة في المستشفيات

الفصل الأول   التخطيط في المستشفيات

الفصل الثاني   التنظيم في المستشفيات

الفصل الثالث   التوجيه في المستشفيات

الفصل الرابع   الرقابة في المستشفيات

الباب الثاني

الاسس العلمية للأساليب الإدارية في المستشفيات

لا تختلف الأساليب الإدارية بالمستشفيات عن الأساليب الإدارية في المشروعات الاقتصادية، فكلاهما يخطط وينظم ثم يراقب أعماله إلا أن الاختلاف بينهما يتركز في الهدف النهائي لكل منهما، حيث تسعى منظمات الخدمات بصفة عامة والمستشفيات العامة بصفة خاصة إلى تقديم الخدمات إلى كافة المواطنين بأقصى كفاءة ممكنة وبأيسر الطرق وفي الوقت المناسب والمكان المناسب. بينما تسعى المشروعات الاقتصادية إلى تحقيق الربح وتعظيمه سنة تلو الأخرى. وبما أن المستشفيات الخاصة تدار على نمط إدارة المشروعات التجارية فإنها هي الأخرى تهدف إلى تحقيق الربح وتعظيمه عن طريق العمل على خفض النفقات والاستخدام الأفضل للإمكانات المتاحة، وذلك بجانب العمل على تحسين مستوى الخدمة الصحية التى تقدمها تلك المستشفيات للمرضى والمصابين.

كما يتركز الاختلاف بين المنظمات التي تقدم خدمات والمشروعات الاقتصادية في ممارسة الأساليب الإدارية في كل منهما، فنجد أن هناك مشروعات تقوم بعمل تخطيط طويل الأجل وأخرى تقوم بعمل تخطيط متوسط الأجل وثالثة تقوم بعمل تخطيط قصير الأجل، هذا بالاضافة إلى أن كل مشروع يضع الهيكل التنظيمي المناسب له وذلك وفقاً لحجم ونوع العمل وعدد العاملين وغير ذلك من العوامل الأخرى والتي تدخل في الاعتبار عند وضع الهيكل التنظيمي لأي منظمة، وأيضاً من ناحية الرقابة نجد أن هناك مشروعات تولى الرقابة الداخلية اهتماماً أكبر من الرقابة الخارجية وأخرى تولى الرقابة الخارجية اهتماماً أكبر من الرقابة الداخلية.

ويمكن القول بأن الاختلاف في ممارسة الاساليب الإدارية ليس وحده بين منظمات الخدمات والمشروعات الاقتصادية، فقد تختلف منظمات الخدمات عن بعضها البعض في ممارسة الأساليب الإدارية رغم كونها منظمات ذات طبيعة واحدة، وكذلك أيضاً تختلف المشروعات الاقتصادية عن بعضها البعض في ممارسة الأساليب الادارية رغم كونها مشروعات ذات طبيعة واحدة.

وسوف نتناول فيما يلي الأسس العلمية للأساليب الإدارية في المستشفيات بصفة عامة.

الفصل الأول : التخطيط في المستشفيات :

- مفهومه .
- اغراضه وأهميته .
- المشاركة في التخطيط .
- خصائص التخطيط الجيد .
- إعلان الخطة على العاملين بعد اعتمادها وشرحها لهم.
- أنواع الخطط وفقاً للمدى الزمنى ومدى وجود تنسيق بينها وبين بعضها.
- خطوات وضع الخطة .
- معوقات التخطيط .

الفصل الثانى : التنظيم في المستشفيات :

- مفهومه .
- خصائص التنظيم الجيد.
- أنواع التنظيم.
- إمكانيات التنظيم .
- أركان التنظيم .
- الخطوات التي يقوم عليها البنيان التنظيمي .

الفصل الثالث : التوجيه في المستشفيات :

- مفهومه .
- وظائف القيادة .
- أدوات التوجيه .

الفصل الرابع :الرقابة بالمستشفيات :

- مفهوم الرقابة .
- وظائف الرقابة .
- الشروط الواجب توافرها في النظام الرقابي.
- أدوات الرقابة .
- أنواع الرقابة .

الفصل الأول

التخطيط في المستشفيات

يعتبر التخطيط أهم مرحله من مراحل العملية الإدارية في أي منظمة من المنظمات، فالتخطيط عمل يتركز في التساؤلات المختلفة التي تجول في أفكار الراغب (أو الإنسان) المشارك في المشروع الاقتصادي الحيوى الهام مثل بناء المستشفى وما ينبغي عليه أن يفكر فيه أو يفعله لكي يواجه به ظروف مستقبلة وذلك بغرض الوصول إلى هدف معين. فالتخطيط يسبق أي عمل تنفيذي وعند نهايته تتحدد نقطة البداية التى منها ينطلق العمل وتنفذ الخطة، فضلاً عن أنه يرسم الإطار الذى يحدد نوع العمل الذي ينبغي القيام به، والأسلوب الذي يجب اتباعه في انجاز ذلك العمل، والوقت الذي سوف يستغرقه.

فالتخطيط يقصد به في أي منظمة من المنظمات سواء كانت منظمات خدمية أو منظمات أعمال التنبوء بالمستقبل والاعداد لمواجهة ذلك المستقبل بكافة أحداثه، ولما كان هذا المستقبل ينطوى على ظروف غير معلومة، لذا يجب أن يتخذ الحرص وكافة التدابير اللازمة لمواجهة ذلك المستقبل وبقدر ما يقوم التخطيط على أساس من التعمق في التفكير والاحكام والضبط والاتقان بقدر ما يؤتي الأثر المرجو منه وخاصة إذا كانت الخطط التى توضع مفهومه تماماً وواضحة أمام رجال الإدارة والمنفذين على السواء.

ويقتضى النجاح في التخطيط، أن يقوم به اشخاص متخصصون، مدربون، لهم خبرة واسعة بالعمل الإداري وخاصة في المجال الذى يخططون له بحيث يتمكنون من نقل أفكارهم التخطيطية إلى غيرهم ممن سيقومون بالتنفيذ الفعلي للمشروع.

والتخطيط في المستشفيات لا يختلف عن التخطيط في أي منظمة من المنظمات من حيث الأسس والاصول العلمية فالمبادىء التي يقوم عليها التخطيط واحدة في كل المنظمات سواء كانت خدمية أو منظمات أعمال، لكنه يلاحظ أن التخطيط يختلف من منظمة لأخرى وفقاً لممارستها

للأساليب الإدارية فنجد أن مدير المستشفى الحديث يشترك في تحديد الأهداف ورسم السياسات والتنبؤ بما ستكون عليه الأحوال في المستقبل وتقدير احتياجات المستشفى من قوى مادية وبشرية، وفي إعداد الموازنات التخطيطية، وفي اقرار الاجراءات ووضع برامج زمنية تبين الأعمال المطلوب القيـام بهـا .

يتضح مما تقدم أن مدير المستشفى مسئولاً عما يتطلبه التخطيط من تدبير الأشخاص والأموال والمواد والوقت، كما أنه يشترك مع الهيئة الطبية والإداوة الهندسية في :-

١ - عرض السياسات على مجلس الإدارة في حالة المستشفى العام وصاحب المستشفى في حالة المستشفى الخاص.

٢ - إعداد الوازنات التقديرية لكل نشاط من الأنشطة المختلفة بالمستشفى.

٣ - الاشتراك في مراقبة تنفيذ السياسات والاجراءات والبرامج الزمنية.

٤ - متابعة أوجه الانفاق وفقاً للبنود المقررة في الموازنات التقديرية.

٥ - متابعة تنفيذ الخطة العامة للمستشفى والخطط الفرعية بها.

هذا بالاضافة إلى أن مدير المستشفى مسئولاً أيضاً عن تقديم البيانات والمعلومات إلى الجهات المختصة لتساعدها على أداء دورها في أعمال التخطيط على مستوى أعلى من مستوى المستشفى كأن يتم التخطيط للمستشفيات على مستوى الدولة ككل أو على مستوى المنطقة مثلاً على ألا يتعارض مع الخطة العامة للدولة في حالة التخطيط على مستوى المنطقة.

وعندما تقوم المستشفى بالتخطيط لأعمالها المستقبلية فإنها تقوم برسم السياسات اللازمة لتحقيق أهدافها، وإقرار الاجراءات ووضع برامج زمنية تبين الأعمال المطلوب القيام بها .

إن وجود التنظيم المستقل للهيئة الطبية داخل الكيان التنظيمي للمستشفى وكذلك وجود اللجان المتعددة داخل هذا الكيان يحد من فاعليه مدير المستشفى في التخطيط. حقيقة إنه يعتبر حلقه

الوصل بين مجلس إدارة المستشفى والهيئة الطبية والإدارة التنفيذية بها، إلا أنه ليس صرا في ممارسة كل أعمال التخطيط. ولعل السبب في ذلك هو إرتباط هذا العنصر بعوامل فنية تتطلب اشتراك متخصصين في مجالات شتى، وخاصة إذا كان التخطيط يتعلق بالأنشطة الطبية وشبه الطبية أو بالنواحي المتعلقة بالانشاءات والتجهيزات الهندسية للمستشفى.

ومن ناحية أخرى نجد أن التخطيط سواء كان طويل الأجل أو قصير الأجل للمستشفى تتدخل فيه الدولة سواء أكان المستشفى تابعاً لها أو لم يكن تابعاً لها بفرض الاطمئنان على وجود التنسيق بين ألوان الرعاية الصحية المتوافرة على مستوى المنطقة أو على مستوى الدولة ككل.

وعلى الرغم مما تقدم نجد أن مدير المستشفى مسئولاً عما يتطلبه التخطيط من تدبير الاشخاص والأموال والمواد والوقت كما أنه يشترك مع الهيئة الطبية والإدارة الهندسية في :-

١ - عرض السياسات على مجلس الإدارة في حالة المستشفيات العامة أو على صاحب المستشفى في حالة المستشفيات الخاصة.

٢ - إعداد الموازنات التقديرية لكل نشاط من الأنشطة الموجودة بالمستشفى.

٣ - الاشتراك في مراقبة تنفيذ السياسات والاجراءات والبرامج الزمنية.

٤ - متابعة أوجه الانفاق وفقاً للبنود المقررة في الموازنات التقديرية.

وفي حالة تدخل الدولة فإن مدير المستشفى مسئولاً أيضاً عن تقديم البيانات والمعلومات التي تطلبها السلطات الحكومية المختصة والتي تعينها على أداء دورها فيما يتعلق بأعمال التخطيط طويل وقصير الأجل في المستشفى. وعندما تقوم المستشفى بالتخطيط لأعمالها المقبلة فأنها تقوم برسم السياسات اللازمة لتحقيق أهدافها وسياسات المستشفى عديدة ومتنوعة وتختلف من مستشفى إلى أخر، ومن السياسات التي يجب ان ترسم في المستشفى في كل الأحوال على سبيل المثال[١].

(١) د. / سيد الهواري، الإدارة - الأصول والأسس العلمية، مكتبة عين شمس، القاهرة، ١٩٧٦، ص ٥١٧.

- **سياسات عن نوع الخدمة الطبية التي تقد للجمهور :**

- هل هي خدمات عاجلة أم خدمات تتطلب علاجاً مستمراً إلى وقت معين.
- هل هي خدمات جراحية أم باطنية؟ أم أسنان أو عيون؟ خدمات طبية للاطفال أم للنساء.

- **سياسات عن حالة المرضى الاجتماعية والصحية :**

- هل تقبل المستشفى جميع المرضى أم الفقراء منهم؟
- هل تقبل المستشفى المرضى من جميع أنحاء الدوله أم تتوقف خدمة المستشفى على خدمة المنطقة التي تقع فيها؟
- هل تقبل المستشفى المرضى المزمنين في المرض أم المرضى الجدد فقط؟

- **سياسات أسعار الخدمات الطبية :**

- هل تحـدد المستشفى أسعاراً مرتفعة لخدماتها الطبية أم أسعاراً منخفضة أم مجاناً وما هي هذه الأسعـار .

- **سياسات العمليات الطبية :**

هل يقوم الأطباء المساعدون بالعمليات الطبية أو أنه متروك للأطباء الأساتذة فقط، وما هي الأعمال التي يمكن أن يقوم بها أعضاء هيئة التمريض بالمستشفى؟

- **سياسات في أسعار العمليات الطبية :**

هل تحـدد المستشفى أسعاراً مرتفعة لعملياتها الطبية أم أسعاراً منخفضة أم مجاناً، وما هي هذه الأسعار؟





٤ - تيسير الرقابة :

ترتبط الرقابة بالتخطيط إرتباطاً وثيق، فلا يتصور أن هناك رقابة بدون تخطيط أو تخطيط بدون رقابة. حيث تقوم الرقابة للتأكد من أن ما تم أو يتم مطابق لما هو مخطط. أي التأكد من أن العمل يسير وفقاً لما هو مخطط وأن المنفذين ملتزمون بما جاء بالخطة من سياسات وإجراءات وبرامج .... إلى غير ذلك.

ومن ناحية أخرى لا يمكن أن نتصور أن يتم عمل بطريقة محكمة دون قيام رقابة على من يقومون بتنفيذه.

وعن طريق التخطيط في المستشفيات وفي ضوء الرقابة تستطيع المستشفى أن تتأكد من أن عملها يتم بطريقة محكمة إذ بدون الرقابة لاتستطيع المستشفى التأكد من أن الأعمال تسير وفقاً لما هو مخطط لها، وأنها تنجز في الأوقات المحددة لها.

يتضح مما سبق أن التخطيط ييسر للإدأرة بالمستشفى متابعة كافة العمليات الإدارية والفنية بها لكي تتثبت من حسن الاداء وتطمئن إليه، أو تتعرف على ما يصادف العمل من عقبات فتذللها.

المشاركة في التخطيط :

إن التخطيط في أي منظمة من المنظمات عمل يقوم به كافة المديرين بجميع مستوياتهم فلا يستطيع مدير واحد - مهما أوتي من قدرة وكفاءة شخصية - أن ينفرد وحدة بوضع خطة مكتملة الجوانب، فأي فرد معلوماته محدودة وتفكيرة محدود مهما أوتي من علم وخبرة، فإنه بالإضافة إلى هذا قد يكون متعصب لأراء لاسند لها. لهذا فإنه لا يستطيع أن يضع خطة ما وهو بمعزل عن زملائه أو معاونيه أو من سوف يقومون على تنفيذها. بل يجدر به أن يشركهم فيها، فيتلقى منهم الأراء والأفكار والمعلومات ويشرح لهم وجهة نظرة ويناقشهم فيها إلى أن يصل إلى رأي جماعي أقرب إلى الصواب يقتنع به الجميع ويرضون عنه.

فمدير المستشفى شأنه شأن أي مدير في أي منظمة قدرته وكفائته الشخصية محدودة، ومعلوماته محدودة، وتفكيرة محدود مهما أوتي من علم أو خبرة، فلا يستطيع أن يضع خطة مكتملة الجوانب منفرداً دون مشاركة زملائه أو معاونيه أو من سوف يقومون على تنفيذها، هذا بالاضافة إلى أن القائمين على إدارة المستشفيات من الأطباء وهم ليس لديهم أي خلفية إدارية أي أن البرامج الدراسية التي يتلقونها في كليات الطب لا تتضمن مواد إدارية، لهذا فإنهم قد يخطأون في إتخاذ بعض القرارات التي لا تكون لهم سابق خبرة فيها. والإدارة قد تحتاج إلى أفق واسع وعلم وخبرة في هذا المجال فالعلم وحدة لا يكفي بل بفضل توافر العلم والخبرة في المجالين الذين يتم التخطيط لهما إن أمكن، ولهذا نجد أن اشتراك الزملاء والمعانون أو من سوف يقومون بالتنفيذ يجعل من السهل وضع خطة مكتملة الجوانب، هذا بالاضافة إلى تحقيق عديد من المزايا والتي تتجلى في :

١ – التحمس للخطة لأنها تتبع ممنهم فضلاً عن الاقتناع بكافة محتوياتها.

٢ – تحقيق التعاون فيما بينهم لأن كل منهم يعرف واجبه وواجبات غيره حيالها.

٣ – تحفيز الافراد على الاخلاص في عملهم لإحساسهم بأن كل من يشترك في وضع الخطة مسئول جزئياً عنها.

وتتم المشاركة في التخطيط بالمستشفى بأن يطلب المدير المختص من معاونيه أن يمدوه بالمعلومات التي سيقيم عليها دعائم خطته بعد أن شرح لهم أهدافها. أو يطلب إليهم أن يقدموا إليه مقترحاتهم بشأن الكيفية التي يمكن أن تتحقق بها تلك الأهـداف.

أو يستشرهم فيما يرونه بشأن الخطة التي يقترحها. أما الخطط الفرعية والتفصيلية فهذه لابد وأن يشترك فيها من سوف يقوم على تنفيذها اشتراكاً فعلياً، حيث يبدأ كل منهم بإعداد خطته بحيث تشمل الأهداف والسياسات الفرعية والأنظمة وأساليب العمل وبرامجه وتوقيتاته كأن يعد مدير العيادة الخارجية بالمستشفى خطته عن مواعيد العمل بالعيادة الخارجية ونظام العمل بها وما هي الأساليب المتبعة في علاج المرضى المترددين وهل يتقدمون للاخصائي دون المرور على الطبيب المقيم أو يتقدمون للطبيب المقيم ثم تعرض الحالات المشتبه فيها على الأخصائي وهكذا. وبعد أن تعد الخطط

الفرعية يعقد للمدير المختص اجتماع مع من قاموا باعداد تلك الخطط الفرعية لكي يناقشهم فيها ويخرج منها إلى الجميع بخطة متكاملة متناسقة في الأجزاء حتى لا يحدث تعارض بين تلك الأجزاء ومما يبرر المشاركة في التخطيط أن المديرين في المستويات الدنيا يكونون على علم أوسع بظروف العمل الموكل إليهم ويحسون بمتاعبه ومشاكله. فهم أقدر على التنبؤ بالظروف التي سوف تؤثر في ذلك العمل مستقبلاً، فضلاً عن توفر المعلومات الكاملة والدقيقة لديهم عن كل ما يحيط بعملهم.

- إعلان الخطة على العاملين بعد اعتمادها وشرحها لهم.

ينبغي على مدير المستشفى أن يشرح خطته للمختصين وكذلك المنفذين لكي يدركوا تماماً ما يتعين عليهم القيام به، وحتى يتم تنفيذ الخطة بالأسلوب الذى يبتغيه واضعها، ولا ينحرف التنفيذ بسبب اللبس في فهمها أو عدم الاقتناع بها.

فنجاح التخطيط متوقف على ما يلتزم به المديرون في المستويات الدنيا وكذلك المنفذون نحو الخطط المبلغة إليهم، فلا يكفي أن تكون الخطة محكمة لكي يتحقق الهدف، ما لم يحط بأمرها من سوف يقومون على تنفيذها ويفهموها فهماً واضحاً ويدركوا فلسفتها وغايتها بعمق.

وقد يرى بعض المديرين أنه من الأفضل عدم إعلان الخطة بحجة عدم إدراك المنافسون لها، وحتى لا يستطيعوا وضع خطط مضادة أو وضع ما يبطل مفعول الخطة المعلنة أو يضعف من شأنها. فالخطة إذا لم تشرح شرحاً وافياً ويوضح الفرص منها لمن يقومون على تنفيذها، فإن الأضرار التي تنجم عن عدم شرحها وإعلانها على المنفذين سوف تفوق الأضرار التي قد تنجم عن إعلانها. فقد يمكن اتخاذ الاحتياطات ضد الأضرار التي تنجم عن إفشاء لسرار الخطة، كأن يقتصر تبليغها على المستويات الإدارية التي سوف تشرف على تطبيقها وحدها دون المنفذين مع التنبيه على تلك المستويات بضرورة الحفاظ على سرية الخطة وذلك إذا رأت الإدارة أن للسرية أهمية تبرر كتمان أمرها.

خطوات وضع الخطة : PLAM STEPS:

يجب أن تعد كل منظمة سواء كانت منظمة خدمية أو منظمة أعمال خطة عامة لها وخطط فرعية للادارات أو الأقسام التي تتكون منها تلك المنظمة، على أن تلك الخطط جميعها تعمل على تحقيق الهدف النهائي للمنظمة، ولكي تقوم أي منظمة بإعداد خطتها العامة أو خططها الفرعية لا بد لها من المرور بمراحل معينة هي :-

١ - تقرير الأهـداف :

على مدير المستشفى عندما يقوم بوضع خطة مستشفياة أن يقرر ما هي الأهداف التي ينبغي تحقيقها بعد تنفيذ تلك الخطة، وكذا ما هي الأهداف التي ينبغي تحقيقها أثناء تنفيذ الخطة لكي تصل إلى الهدف النهائي منها.

٢ - إجراء التنبؤات :

يقوم مدير المستشفى باجراء التنبؤات بغرض التعرف على النتائج المتوقع أن تحدث في المستقبل، أي ما يتوقعه من مشاكل وما يحتمل أن يحدث من ردود أفعال داخل المستشفى وخارجها. وبهذا يستطيع أن يضمن لخطته عدم حدوث أي مشاكل والقضاء على العقبات في بدايتها.

٣ - تحديد الوظائف الرئيسية :

على مدير المستشفى أن يحدد الوظائف الرئيسية بالمستشفى والتي يجب القيام بها لتحقيق الأهداف المقررة، كأن يحدد وظيفة مدير العيادات الخارجية، مدير المختبر، مدير الأشعة، مدير الصيدلية، مدير الشئون المالية والإدارية، مدير شئون الموظفين، مديرة التمريض.

٤ - البحث عن المجالات البديلة للاعمال التي يمكن تأديتها تحقيقاً لكل وظيفة. فليس هناك خطة لاتشتمل أو تحتوى على مجالات بديلة للعمل. فمثلاً لو أرادت المستشفى الخاص زيادة

أرباحها، يمكننا تحقيق ذلك عن طريق زيادة الايرادات والعمل على تخفيض النفقات، وأي منها يؤدى إلى زيادة الربح وهو الهدف الذى تبتغيه المستشفى، ولكي تزيد الايرادات ينبغي النظر إلى أي نوع منها ينبغي أن يزداد (رفع سعر الكشف - رفع سعر العمليات الجراحية - رفع أسعار التحاليل والاشعة .... إلخ) . وبالمثل فأنه في حالة تخفيض النفقات ينبغي النظر إلى أي من الأبواب أو البنود أو الأنواع يمكن إنقاصها، ولهذا فإن على رجل التخطيط أن يفحص المجالات البديلة ويخضعها للتحليل الحسابي لكي يتعرف على نواحي القوة والضعف فيها، أخذاً في حسبانه كافة النتائج التي سوف تترتب عليها سواء مادية أو غير مادية.

٥ - تقييم مجالات العمل البديلة :

بعد أن يقوم المخطط بحصر المجالات البديلة والمتاح له أن يختار من بينها، وبعد أن يتعرف على نقاط القوة والضعف في كل منها. عليه أن يقوم بإجراء المقارنة بينها ليختار ما هو أصلح.

فمدير المستشفى الخاص عليه أن يوازن بين مزايا وعيوب كل من المجالات البديلة واضعاً نصب عينيه الهدف الرئيسي والذي ينبغي النظر إليه بعين الاعتبار وهو العمل على تحقيق أكبر قدر ممكن من الربح بجانب تقديم الخدمة الطبية للمرضى والمصابين. وبعد اختيار المجال الأصلح يقوم بتطبيقه، وقد يختار المدير أو صاحب المستشفى أكثر من مجال. ويترتب على إختيار الطريق الملائم رسم سياسات محددة واضحة يسترشد بها المديرون في عملهم وتكون بمثابة دستور يوجه الأعمال نحو تحقيق الهدف الرئيسي وفي ظل نطاق مرسوم.

٦ - رسم الخطط الفرعية اللازمة :

فبعد أن ينتهي القائم بأعمال التخطيط في المستشفى من اختيار الطريق الملائم أي وضع خطته الرئيسية، عليه أن يقوم بتجزئه الخطة العامة إلى خطط فرعية كأن تكون هناك خطة للعمل بالعيادات الخارجية، وخطة للعمل بالاقسام الداخلية، وخطة عمل المعمل وخطة عمل الأشعة وخطة عمل الأقسام الإدارية بالمستشفى على ان تتخذ الخطط الفرعية هذه شكل برامج توضح تفاصيل الأعمال التي ينبغي تأديتها، هذا بالاضافة إلى أنه يقوم بربط الخطط الفرعية بعضها ببعض وعمل تنسيق بينها منعاً لحدوث أي تعارض بينها أثناء التنفيذ.

٧ – إعداد الموازنة التقديرية :

بعد الأنتها من وضع الخطة العامة والخطط الفرعية بالمستشفى تعد الموازنه التخطيطية وهي التي تترجم الخطة إلى أرقام ممثلة في كميات وقيم والتى منها تظهر نتائج الخطة على هيئة أرباح أو التزامات، كما توضح هذه الموازنة كافة أبواب المصروفات والإيرادات موزعة على مختلف الأجهزة التي سوف تقوم على تنفيذ الخطة، لكي يلتزم كل مدير في موقعه بدورة حيالها، ويعمل على تحقيق نصيبه من الخطة وذلك ضمن الإطار العام الذي تصورة الموازنة التقديرية.

٨ – إعداد تقرير الخطة :

فبعد أن ينتهي المخطط من وضع خطته ، عليه أن يعد تقريراً كتابياً عنها يوضح معالمها ، وذلك تمهيداً لاقرارها ووضعها موضع التنفيذ. على أن يتضمن ذلك التقرير كافة بنود الخطة من برامج وإجراءات مقترحه والتوقيت الزمني لكل مرحلة من مراحل العمل المختلفة والنتائج المتوقعة وبيان الموارد بالاضافة إلى ملخص كامل للخطة جميعها.

٩ – المتابعة :

بعد أن يتم للقائم بأعمال التخطيط في المستشفى وضع خطته العامة والخطط الفرعية، فإن عمله لا يكون قد أنتهى عند هذا الحد، فعليه أن يستمر في متابعة التنفيذ لكي يتعرف على العقبات التي تظهر أثناء التنفيذ، ليتسنى له أن يجري التعديلات الضرورية اللازمة وتصحيح مسار الخطة.

* * *

- أنواع الخطط وفقاً للمدى الزمنى للخطة :

تختلف المستشفيات عن بعضها من حيث المدى الزمنى للخطة لإختلاف في ظروف كل مستشفى، ووفقاً للهدف الواجب تحقيقه أو أحوال المشكلة التي تحتاج إلى معالجة، فضلاً عن مدى القدرة على التنبؤ القريب من الصواب بأحداث المستقبل، ولكي تتغلب إدارة المستشفى على مشكلة عدم معرفة ما يحويه المستقبل فإنها إذا وضعت خطة طويلة الأجل فإنها تقيمها على دعائم من الخطط القصيرة الأجل. وتنقسم الخطط من حيث المدى الزمنى للخطة إلى :-

- خطط طويلة الأجل .
- خطط متوسطة الأجل .
- خطط قصيرة الأجل .

والخطة طويلة الأجل هي تلك التي توضع لتطبق خلال فترة زمنية طويلة قد تكون من خمسة إلى عشر سنوات أو زيادة عن عشر سنوات.

أما الخطة متوسطة الأجل فتوضع لتطبق خـلال فترة زمنية متوسطة قد تكون من ثلاثة إلى خمس سنـوات.

والخطط قصيرة الأجل فهى التي تتعلق بأعمال ينبغي إنجازها في المستقبل القريب وتوضع لتطبق خلال فترة زمنية قد تكون ثلاثة شهور أو ستة شهور أو تسعة شهور أو سنة كاملة، كما يستخدم هذا النوع من الخطط الموجهة المشاكل الطارئة والتى لا يحتمل تأجيلها. ويمتاز هذا النوع أنه كلما قصر أمد الخطة كلما كانت الإدارة أقدر على التنبؤ. ومن الأمور المتعارف عليها أن الخطط قصيرة الأجل توضع في نطاق الخطط طويلة الأجل، ألا أن بعض المستشفيات لا تعطي لهذا المبدأ عناية كبيرة، فتقوم بوضع خطط قصيرة الأجل لمواجهة مشاكل طارئة دون التفات إلى الأهداف البعيدة التى تسعى إلى تحقيقها تلك المستشفيات، وبالتالي لا يكون هناك تناسق بين الخطط قصيرة الأجل والخطط طويلة الأجل، ويترتب على ذلك ارتباك الخطط طويلة الأجل وتعثر تنفيذها.

- خصائص التخطيط الجيد.

يجمع رجال الإدارة على أن هناك عدداً من العوامل يمكن الاسترشاد بها في تمييز الخطط الجيدة عن الأخرى غير الجيدة وهي لا زالت في مرحلة ما قبل التطبيق وعلى ذلك فإذا راعي مدير المستشفى تلك العوامل فيما يوضع من خطط مسقبلاً فإن تلك الخطط تكون اقرب إلى الصواب وأقدر على تحقيق الأهداف ومن أهم هذه العوامل ما يلي :-

١ - أن يكون للخطة هدف نهائي واضح ومحدد كأن يكون زيادة إيرادات المستشفى عن الأعوام السابقة والارتفاع بمستوى الخدمة الصحية التي تقدم للمرضى والمصابين .... إلخ .

٢ - أن تتميز الخطة بالبساطة والوضوح والبعد عن التعقيد والروتين. فكلما كانت الخطة بسيطة وواضحة كلما سهل تنفيذها، كما يجب أن تكون الخطة مفهومة تماماً ممن سوف يقومون بتنفيذها بذات المعنى الذي يقصده واضعها.

٣ - تحديد الأجهزة الإدارية المسئولة عن تنفيذ كل جزء بالخطة، على أن يكون ذلك التحديد بالخطة نفسها، وذلك بغرض منع حدوث الأذدواج في الأعمال أو التضارب أو أن يغفل بعض أجزاء الخطة بسبب عدم تحديد المسئولية.

٤ - أن تكون الخطة واقعية وملائمة لظروف الموقف الذي تعالجه.

أي أنه يراعي عند وضع الخطة البعد عن عوامل التشاؤم التي لا أساس لها أو عوامل التفاؤل الزائد عن الحد أو القائم على الوهم. بل يجب أن تقوم الخطة على التوقعات المعقوله.

٥ - تحرى الدقة في البيانات التي يعتمد عليها القائم بالتخطيط في إجراء التنبؤات التي سوف يأخذها في اعتبارة عند وضع الخطة حيث أن الغموض في البيانات أو النقص فيها أو انصرافها إلى زمن بعيد سوف يؤدى إلى أن تصير الخطة غير واقعية ولا تلائم ظروف الوقت، كما أنها تضل عن هدفها بغير شك.

٦ – عمل حساب ردود الافعال الممكن حدوثها حيال الخطة. وذلك سواء من جانب العاملين الذين سيتولون التنفيذ أو من جانب الأجهزة الإدارية الأخرى ذات العلاقة بالموقف أو من ناحية المستشفيات الخاصة المنافسة أو من جانب المرضى أو من جانب السكان بصفة عامة. كأن تضع المستشفى خطة لرفع أسعار العمليات الجراحية بها، إن أول من سيتأثر بهذه الخطة السكان بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة. ولهذا فإن على إدارة المستشفى عمل حساب لردود الفعل التى يمكن أن تحدث حيال الخطة حساباً دقيقاً.

٧ – أن تكون الخطة مرنة. بحيث تتمكن من مواجهة المشاكل التي لم تؤخذ في الاعتبار عند وضع الخطة، أي أن تكون الخطة قادرة على موجهة المواقف دون إجراء تعديلات جذرية فيها تغير من معالمها الاساسية.

٨ – يفضل أن يبدأ تحرك وضع الخطة من أسفل إلى أعلى بمعنى أن يبدأ المخططون في وضع الخطط الفرعية ثم تتصاعد هذه الخطط لتتجمع في خطة واحدة عامة وشاملة. ومن المتضح إن وضع الخطة بمعرفة المستويات الإدارية العليا ثم تجزئتها إلى خطط فرعية. يجعل الخطة أمراً مفروضاً على المستويات الدنيا دون اعتبار لوجهة نظر هذه المستويات، علماً بأنها الأكثر قرباً من التنفيذ والتي تحس أو تلمس مشاكل التطبيق.

٩ – يجدر بالمخطط أن يشرك معه كافة الأشخاص الذين سوف يشرفون على تنفيذ الخطة، وذلك بغرض الاستماع إلى وجهات نظرهم ومناقشتهم في مشروع خطته من تفصيلات، لكي يتعرف على ما يحتمل أن يواجهها من صعوبات أثناء التنفيذ فيعمل على تذليلها. ولذلك لا يستحسن الفصل التام بين أجهزة التخطيط وأجهزة التنفيذ بل يفضل أن يكون واضعوا الخطة هم المشرفون على تنفيذها.

١٠ – إعلان الخطة على المعنيين بالتنفيذ وشرحها لهم شرحاً وافياً مع توضيح السبيل الذي سوف يسلكونه بالتفصيل وتوجيههم إلى أحسن الأساليب الجديدة بالاتباع وذلك في حالة تعدد

الأساليب الموصلة إلى الهدف، وذلك بغرض الاطمئنان إلى حسن تنفيذ الخطة متى وضعت موضع التطبيق.

تلك هي أهم العوامل التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند وضع أي خطة، سواء وضعت بمعرفة المستويات الادارية العليا في المستشفى أو وضعت بمعرفة المستويات الإدارية الدنيا ثم أقرتها المستويات الإدارية العليا.

– معوقات التخطيط:

إن التخطيط الفعال هو الذي يقوم على أساس من المعوقات الصحيحه والتنبؤات الدقيقة، التي تقوم عليها التقديرات المعقولة لما ينبغي القيام به من عمل في المستقبل.

فبالرغم من توفر شروط التخطيط الجيد، فهناك من المعوقات ما يحد من فاعلية التخطيط، وإذا ألم القائم على التخطيط بالمستشفى بهذه المعوقات أو أنها كانت نصب عينيه عند وضع الخطة، فإن خطته تكون خالية من الثغرات قدر الاستطاعة. وتتمثل أهم هذه المعوقات فيما يلي[1]:

١ – صعوبة وضع التقديرات الصحيحة والدقيقة التي تقوم عليها الخطط:

بما إن المستقبل أمر لا يمكن التنبؤ بحالة وما يؤثر فيه على وجه الدقه، وإن ما يجريه المخطط لاي يخرج عن كونه تكهناً بالمستقبل. ولكي يستطيع القائم بأعمال التخطيط في المستشفى من أن يقلل من حدة المخاطر الناجمة عن عدم اليقين من أحداث المستقبل، عليه أن يضع مجموعة من التقديرات الافتراضية على أسلس من الاحتمالات المتوقعة، وبالتالي يرسم خطط متعددة بحيث تواجه كل خطة حدث محتمل في المستقبل، مع ضرورة ان تكون الخطط البديلة محققه لمنافع تفوق نفقاتها. فإذا لم يجد القائم بأعمال التخطيط في المستشفى ذلك ممكناً، فإنه يكتفى بوضع خطة واحدة تتوافر فيها المرونة أو تكون قابلة للتغير عندما يستلزم الأمر ذلك.

(١) د/ محمود عساف، أصول الإدارة، مكتبة عين شمس، القاهرة، ١٩٧٩، ص ١٨٨

٢ ـ سرعة التغيير :

إن عالمنا اليوم يتسم بسرعة الحركة والتغيير وتكثر فيه المخترعات والمبتكرات، وتستحدث فيه أساليب من العمل لم تكن معروفة من قبل، فإن هذا الأمر يقف عقبه في سبيل التخطيط حيث تختلف الخطط الموضوعة في الحاضر عن مسايرة ما يستجد في المستقبل من اختراعات وابتكارات وأساليب. ومن المسلم به أنه لايمكن التنبؤ بما سوف ينتجه العقل البشري من تجديدات تؤثر في مسار الخطة، لهذا لا يجد القائم بأعمال التخطيط في المستشفى مناصاً من إجراء ما يلزم من تعديلات فيها لتساير روح العصر ومتطلباته، وبهذا قد تتغير معالمها عما كانت عليه، فضلاً عما يترتب على ذلك من مضاعفة نفقات التخطيط.

٣ ـ افتقاد المرونة داخل المنظمة أوالمنشأة:

هناك الكثير من العوامل التي تحد أو تعرقل التخطيط في مختلف منشآت الأعمال والمنظمات بأنواعها مثل القيود النفسية، وجمود الاجراءات والسياسات، والقيود المالية وغيرها من المعوقات الإدارية المختلفة.

وتبدو القيود السيكولوجية في سلوك المديرين والمنفذين وعقائدهم الراسخة التي لا يسهل تغيرها. وللتغلب على هذا العائق لابد من توعية المديرين على كافة مستوياتهم بحقيقة التخطيط وأهميته وأنه ليس مضيعه للوقت والجهد والمال. هذا بالاضافة إلى أن القائم بأعمال التخطيط كثيراً ما يواجه صعوبات مرجعها إلى ما يتسم به بعض المديرين والمنفذين من عدم الاستعداد لتقبل الجديد. أو عدم القدرة على تفهم الظروف المتغيرة ومسايرتها. وهذا يتطلب من القائم بأعمال التخطيط مزيد من الشرح والاقناع وبث الحماس والتنبيه إلى أهمية التغيير المطلوب.

أما جمود السياسات والاجراءات فتلك ظاهرة تلازم القيود النفسية وتتأثر بها. فمتى وضعت سياسات العمل وإجراءاته واستمر تطبيقها فترة طويلة، فإنها تصير من العوامل المميزة للمنظمة وتصبح بمثابة القانون الذي يحكم تصرفات الأفراد ويتحكم فيهم.

إن التخطيط الحديث يتطلب تهيئة الجو الملائم الذي يسمح بالتغيير، وهذا لايتأتى بتعديل النظم والسياسات والاجراءات فحسب، بل يتطلب تطوير في العقليات التي تقوم على التنفيذ، وتوعية العاملين بالغايات التي تسعى إليها المنظمة ومنح المديرين درجة معقولة من الحرية واتاحة الفرصة أمام العاملين ليبتكروا ويجددوا ويشجعون على ذلك.

أما القيود المالية فكثيراً ما يتضح للادارة أن الخطة ضرورية ولا بد منها، بينما تقف الحاجة إلى المال حائلاً دون إقرارها. ولو أنه كان من المستطاع تدبير المال اللازم للخطة، فقد تثار بعض المشكلات المتعلقة باستخدامه وتوزيعه بين أنواع الانفاق المختلفة، وهذا بلا شك يؤثر على الخطة وما تحتويه من برامج، حيث لا مفر من تعديلها في بعض الحالات لكي تتفق مع ما يخصص لكل نوع من أنواع الانفاق المختلفة.

وعلى القائم بأعمال التخطيط أن يضع أولويات لاستخدام الأموال المتاحة له. وأن يشرح ذلك لمن سوف يقرون الخطة أو يقومون على تنفيذها، إلى أن يقتنعوا بضرورة تدبير التمويل اللازم وبكيفية توزيع الأموال وفقاً لنواحي الانفاق المختلفة.

٤ ـ القيـود الخارجية:

هناك قيود تنبع من خارج منشأت الأعمال وتفرض على المخططين فيها فرضاً، وبهذا تعوق الوصول بالخطة إلى حد الكفاية ومن أمثله هذه القيود ما تفرضه السياسة العامة للدولة من التزامات تؤثر في التخطيط، والأثر الناجم عن المنظمات العمالية والذي يحد من حرية مديريها في التخطيط، وما يفرض التطور الفني العام من قيود وما يثيرة من مشاكل.

فالسياسة العامة لها أثر مباشر على ما يوضع من خطط لمنشأت الأعمال، وبخاصة في المجتمعات التي تأخذ بالنظام الاقتصادي الموجه. حيث لا بد من أن تدور خطط المنشأت في تلك الخطط

القومية ولا شك أن بعد المسافة بين من يضعون الخطة على المستوى القومي ، وأولئك الذين يضعون خطط الاعمال ، تخلق هوة واسعة بين الطرفين يتعذر معها تحقيق الأنسجام بين النوعين من الخطط .

هذا وللمنظمات العمالية في المجتمعات الرأسمالية أثر واضح في الحد من حرية المديرين في التخطيط. فلمكاتب العمل ونقابات العمال في هذه المجتمعات نفوذ شديد، وتستطيع ان تستند إلى سلطتها غير الرسمية فتفرض حدوداً دنيا للمرتبات قد لا تتحملها طاقات المنشأت، وتتدخل في ظروف العمل، وفي شروط التعاقد بين أصحاب الأعمال والعمال، وغير ذلك من أشكال التدخل الذى يلزم منشأت الأعمال بالسير وفقاً لاتجاهات قد لا تتفق مع إتجاهات خططها.

كما أن التطور الفني العام، والذي يتسم بسرعة الحركة والتغيير المستمر، له أثر قوى يحد من حرية المخططين، ذلك لأنه لا مناص لهم من أن يستغلوا الطاقات التي تحت يدهم – كالالآت والمواد – أحسن الأستغلال وأكمله، بينما التطور في الالآت وما يبتكر من خامات صناعية يدفعهم إلى ضرورة تطوير عملهم بما يتمشى مع أحدث التعديلات والمبتكرات. وعلى القائمين بأعمال التخطيط في المنظمات المختلفة إتخاذ الاجراءات اللازمة حتى لايقف التخطيط عاجزاً عن تلافى المخاطر الناتجه من التطورات الحديثة في المدى الطويل.

٥ – قيود الوقت ونفقات التخطيط:

يستغرق التخطيط وقتاً طويلاً إلى أن يتم وضع الخطة، كما أنه يستنفذ أموالاً كثيرة ويتمثل ذلك في الجهود التي تبذل في التنبؤ، وتقييم الاحتمالات الممكنة، ورسم الخطط الفرعية، وغير ذلك من الأعمال الداخله في نطاق التخطيط. لذلك يجب أن يتصف القائم بأعمال التخطيط في أي منظمة من المنظمات ببعد النظر والحكمة حتى يستطيع أن يقارن بين النفقات التى تصرف على الخطة عند وضعها وبين الفوائد التى سوف تنجم عن الخطة.

ومع كل هذا لو أن المدير لم يجر التخطيط الا بالقدر الملائم وبالتكلفة المناسبة وفي الوقت المناسب، فإن التخطيط لاشك يؤتي أحسن الأثار.

الفصل الثاني
التنظيم في المستشفيات

يقصد بالتنظيم في أي منظمة من المنظمات وضع نظام للعلاقات منسق إدارياً لتحقيق هدف مشترك. أي أن التنظيم بهذا المعنى عبارة عن نظام يتكون من مجموعة أجزاء منسقه متكامله بعضها مع بعض وأي خلل في أي منها يحدث خللاً في النتيجة الكلية.

فالتنظيم ليس مجرد تصميم هيكل تنظيمي يوضح التبعية الإدارية والمسئولية الاشرافية وليس التنظيم مجرد تحديد الاختصاصات أو الواجبات ......وليس التنظيم مجرد أي تجمع إنساني بدون هدف مشترك ...... وليس التنظيم مجرد وضع الشخص المناسب في المكان المناسب بصرف النظر عن سلوكه ودوافعه وعلاقته بالآخرين ..... وليس التنظيم ترتيب للعلاقات بمعزل عن الدوافع الشخصية والمشجعات.

بناء على ما تقدم فإن التنظيم هو أداة يتم بموجبها تفاعل الأجزاء مع بعضها البعض.

كما يتضح أن التنظيم ليس مجرد هياكل تنظيمية واختصاصات (سلطات ومسئوليات). في حالة سكون، ولكن التنظيم حالة حركية (ديناميكية) لأنه نظام علاقات بين أشخاص حيث يكون السلوك المتداخل للأفراد المعينين هو العامل المشترك، والذى يتحدد على أساس شخصية كل منهم وبالتالي الهيكل التنظيمي للوحدة أو المنشأة التي يعملون بها.

ويتم التنظيم في المستشفى طبقاً للخطوات الآتية :

١ - تحديد هدف المستشفى كأن نقول أن هدف المستشفى الخاص هو تحقيق الربح بجانب تقديم الخدمة الطبية للمرضى والمصابين.

٢ – تعيين أوجه النشاط المختلفة بالمستشفى، وقد أورد أحد[1] الكتاب في أحد مؤلفاته قائمة بأوجه النشاط الأساسية التى يمكن تصورها في أحد المستشفيات.

– **التشخيـص والتحليـل :** ويدخل ضمن هذه المجموعة أشعة × وأنواع الأشعات الأخرى والمعامل.

– **العــــــــلاج :** ويدخل ضمن هذه المجموعة :

أ – أشعة × والأشعة العلاجية الأخرى.

ب – العمليات الجراحية. Operations.

جـ – العلاج الرياضي والبدني. Theoroby or Physical.

د – العلاج المهني.

هـ – الترفيه والمكتبة. Reureatlons & Lilmasy.

– **قبــول المرضــى :** ويدخل ضمن هذه المجموعة :

أ – وحدة العلاج والأسعافات الأولية.

ب – عملية قبول المرضى والخدمات المتصلة بعربة الأسعاف

– **التمريــــــض :** ويدخل ضمن هذه المجموعة :

أ – التمريض الفعلي أي كافة الخدمات التي تتعلق بالمريض وهو مطمئن في سريرة أو في حجرته في المستشفى.

ب – تعليم وتدريب الممرضات.

جـ – إسكان الممرضات.

الخدمة الطبية والإدارية : ويدخل ضمن هذه المجموعة :

أ – الاضاءة والتهوية والتدفئة.

---

(١) د. / سيد الهواري، الإدارة – الأصول والأسس العلمية، مكتبة عين شمس، القاهرة، ١٩٧٦.

ب – نظافة المفروشات .

جـ – صيانة المباني والآلات والعدد وغير ذلك .

د – المشتريات والمخازن .

هـ – شئون المطبخ والمأكل والمشرب .

و – الحسابات .

إن ما سبق عرضه من تصور لقائمة أوجه النشاط الاساسية في المستشفيات لا يعنى التزام كافة المستشفيات بهذا التصور والتقسيم فكل مستشفى تعد الهيكل التنظيمي لها وفقاً لظروفها وإمكانياتها .

٣ – تقسيم المنظمة (المستشفى) إلى وحدات إدارية متخصصة لها مسئولية محددة في إطار معين فمثلاً تقسم المستشفى إلى الوحدات الآتية :

أ – إدارة المستشفى .

ب – أقسام التشخيص (الأشعة والمعمل) .

جـ – أقسام العلاج الداخلي (قسم الجراحة – قسم الباطنة – قسم أمراض النساء والولاده.. إلخ).

د – أقسام العلاج الخارجي (العيادات الخارجية) .

هـ – قسم استقبال الحوادث (الطوارىء) .

و – قسم التمريض .

ز – قسم التدبير المنزلي .

ح – قسم الحسابات والمخازن .

ط – قسم شئون العاملين ، وغير ذلك من الأقسام الأخرى .

٤ – تحديد العلاقات الإدارية وكيفية الاتصال بين هذه الأقسام وبين الأفراد القائمين بالعمل في كل قسم .

المبادىء الأساسية للتنظيم في المستشفيات:

إن المبادىء الأساسية للتنظيم واحدة في كافة المنظمات سواء كانت منظمات أعمال أو منظمات خدمية، لكن تختلف المنظمات فيما بينها من حيث التطبيق وفيما يلي نوضح المبادىء الأساسية للتنظيم في المستشفيات:-

١ - وحدة السلطة يجب أن يكون مصدر الأوامر والتعليمات والتوجيهات هو فرد واحد وهو الرئيس المباشر. ففي حالة صدور أمر من مدير المستشفى للممرضه مثلاً يجب أن يكون ذلك الأمر عن طريق رئيس هيئة التمريض بالمستشفى والتي تصدره هي الأخرى إلى الرئاسة الأدنى حتى يصل إلى الممرضة عن طريق رئيستها المباشرة وذلك بغرض منع تضارب الأوامر وإذدواج التبعية.

٢ - تكافوء السلطة مع المسئولية. أي أنه يجب ان تتوازن السلطة مع المسئولية بمعنى أن السلطة التي تمنح لفرد ما يجب ان تتوازن مع مقدار مايتحمله من مسئوليات وذلك بغرض إعطائه القدرة على إيفائه بمسئولياته المناطه به، بالاضافة إلى تجنب الانحرافات في استغلال السلطة الزائدة أو تعذر القيام بالعمل لعدم أخذ السلطة الكافية.

٣ - التفويض. ويقصد بالتفويض - تفويض السلطة من المستويات الأعلى إلى المستويات الأدنى أى التنازل عن جزء من الاختصاصات الممنوحه لشخص ما كأن يكون مدير المستشفى مثلاً إلى شخص يقع في مستوى إداري أدنى منه (نائب المدير مثلاً أو مدير العيادات الخارجية).

ويتم التفويض لتسهيل تنفيذ الاعمال كما أنه يدرب العاملين على كيفية ممارسة السلطة. ويشترط عند التفويض أن تكون السلطات المفوضة محددة وواضحة بالاضافة إلى ضرورة العمل على حسن اختيار من يفوض إليه جزء من السلطة.

هذا بمعنى أن تفويض جزء من السلطة لشخص ما لا يعنى إعفاء الشخص المفوض من مسئوليته عما فوضه للشخص الادنى منه في المستوى الإداري بل تمتد أبعاده إلى ضرورة

التسهيل وخصوصاً للطوارىء التي تستقبلها المستشفى عند عدم وجود المدير المسئول، وهنا يكمن دور النائب أو المفوض ليأخذ الوضع المناسب له.

٤ ـ تحديد الاختصاصات والمسئوليات لكل وظيفة في الوحدة التنظيمية.

ويتم ذلك عن طريق تجميع المهام المتشابهه في وظائف ثم تجمع الوظائف المتشابهه ذات الطبيعة الواحدة في وحدات تنظيمية، ويتم إنشاء التنظيم حول الوظائف الأساسية وليس حول الافراد والجماعات وإلا فقد موضوعيته.

وتحديد الاختصاصات والمسئوليات لكل وظيفة ووحدة تنظيمية من شأنه إحكام الرقابة وتسهيل عملية التقييم للأنشطة والأفراد.

٥ ـ تحديد نطاق الاشراف. ويقصد به كم عدد المرؤوسين الذين يمكن الاشراف عليهم برئيس مباشر واحد ويكون لهم حق الاتصال المباشر به.

إن تحديد نطاق الاشراف في المستشفيات يختلف من قسم لأخر لأن ذلك يتوقف على طبيعة العمل بكل قسم ونوع الحالات داخل ذلك القسم، فقد نجد مثلاً أن الممرضة تستطيع أن تشرف على ٥ مرضى في قسم العظام بينما نجد أن الممرضه في قسم الجراحة أو الولادة لا تستطيع أن تشرف إلا على ثلاثة مرضى فقط، كذلك فإن نوع الحالات المرضية الموجودة داخل كل قسم يؤثر في تحديد نطاق الاشراف فقد تكون هناك حالات تحتاج إلى رعاية أكبر من الحالات الآخرى من الممرضة مثلاً في داخل القسم.

٦ ـ وضع معدلات لكل نوع من الوظائف. يجب أن يوضع معدل لكل نوع من الوظائف الموجودة في الوحدة التنظيمية لإ مكان تحديد العدد المطلوب للتنظيم مما يساعد على وضع الخطط وتحديد أوجه الصرف في الميزانية.

٧ - تسلسل القيادة. بمعنى أن يتضمن التنظيم تسلسلاً وظيفياً يوضح العلاقة بين الرؤساء والمرؤسين ويوضح إتجاهات خطوط السلطة داخل المنظمة.

٨ - وجود شبكة إتصالات فعالة. لكي نضمن تدفق المعلومات من أدنى المراتب إلى أعلى المستويات بسرعة ودون عوائق يجب أن تكون هناك خطوط واضحة للسلطة تبين وضع كل فرد في التنظيم. والتنظيم الأمثل هو الذي يرسم الطريق لعلاقات التعاون بين العاملين في مستوى إداري واحد أو متقارب حتى يقلل احتمال ظهور تنظيمات وعلاقات غير رسمية.

٩ - المرونة والبساطه. أي أن يكون التنظيم مبنياً على وجه من المرونة تسمح بتعديله وفقاً لمقتضيات التطور دون إحداث تغيير جذري في معالمة الأصلية. كما يجب أن يكون التنظيم بسيطاً لا تعقيد فيه، كأن يشتمل على عدداً كبيراً من الأجهزة التي لا داعي لوجودها أو أن يكثر فيه عدد الرؤساء بالدرجة التي لاتتناسب مع عدد المرؤسين.

وبالنظر إلى أنواع التنظيم المعروفة نشاهد ما يلي:

- لو نظرنا إلى المستشفى من زاوية الاقسام الطبية وحدها نجد أن النظام يغلب عليه التنظيم الوظيفي والذي يعتمد على التخصص، حيث تعمل الأقسام غير الطبية كلها لمساعدة كل قسم طبي على أداء رسالته.

- ولو نظرنا إلى التنظيم من داخل الواحدات نجد أن نمط التنظيم في بعضها هو التنظيم الرأسي أو العسكري كإدارة التمريض.

- وإذا نظرنا إلى المستشفى ككل نجدها تحمل طابع التنظيم الرأسي الوظيفي حيث يستعان بالفنيين من الاخصائيين في نواحي التخصص والنشاط قبل إتخاذ بعض القرارات بواسطة الإداريين.

- ومن ناحية أخرى نجد أن الطابع المميز للتنظيم كله هو الاعتماد على اللجان الفنية قبل إتخاذ

بعض القرارات، وأن كان من الملاحظ أن معظم القرارات الهامة في المستشفيات يمكن أن تمر من خلال لجان متخصصة، على الرغم من أن الاعتماد على اللجان بهذا الشكل الملحوظ يحمل في طياته كل المزايا والعيوب المعروفة لهذا النمط من التنظيم، إلا أنه يلاحظ أن طبيعة العمل في المستشفيات قد تحتم تجاوز إختصاصات بعض هذه اللجان عند الحاجة العاجلة.

فمدير المستشفى يقوم بتقسيم الواجبات وتحديد المسئوليات بالنسبة للانشطة الطبية وغير الطبية. ولكنه يظل مسئولاً عن .تنظيم تلك الأنشطة فيما يتعلق بتدبير الأشخاص والأموال والمواد، وكذلك بالنسبة لتنمية الهيئة الإدارية، فمثلاً فيما يختص باختيار الأطباء نجد أن تحديد مواصفات شاغل الوظيفة يتم بواسطة الهيئة الطبية إلا أن إدارة شئون الموظفين تتولى الإعلان وفرز الطلبات وتشكيل لجان الاختيار وغير ذلك من الاجراءات، وكذلك نجد أن أغلب التدريب بالنسبة للمهن الطبية وشبه الطبية يتم أثناء العمل أو من شخص لأخر إلا أن إدارة شئون الموظفين تشترك في إعداد قاعات التدريب وتجهيز معدات ووسائل وأدوات التدريب، وفي إعداد الميزانية التقديرية للتدريب وفي متابعة تكاليف التدريب وهكذا. أي أن اشتراك مدير المستشفى في تنمية الهيئة الإدارية إشتراك نسبي وليس اشتراكاً كلياً، ويتم عن طريق الأجهزة التابعة له. والأمثلة كثيرة في هذا الشأن، فمثلاً بالنسبة للمخازن وتنظيمها قد يكون ضئيل في هذا الشأن في حالة كون المستشفى تابعاً للدولة، ويختلف الأمر بالنسبة لمدى مشاركته في المخازن وتنظيمها في حالة كون المستشفى تابعاً لفرد أو مجموعة أفراد (مستشفى خاص).

وعموماً قد يجد مدير المستشفى نفسه مقيد في القيام بدورة بالنسبة للتنظيم أو في حالة إعادة التنظيم وذلك نتيجة تدخل أصحاب المستشفيات الخاصة في الإدارة، كذلك يظهر أيضاً هذا بوضوح في المستشفيات الحكومية والتي تعمل في إطار تنظيم سبق إقرارة بحيث لا يملك مدير المستشفى التصرف إلا في حدود إمكانياته بحيث لا يخرج على اللوائح المقرره من قبل الجهات الحكومية.

الخصائص المميزة للمستشفى كنظام :

تتميز المستشفى بأنها ذات أهداف متعددة تعمل من أجل إشباعها في وقت واحد عن طريق

الاستخدام الأمثل لكل ما هو متاح من موارد على اختلاف أنواعها، ومن الناحية الاجتماعية فهي تجمع لعدة فئات ومستويات إجتماعية ومن مهارات متنوعة وبمستويات تعليم متفاوته ويعيشون عند مستويات اقتصادية ومعيشية متفاوته ولكن يعملون سوياً لاشباع أهدافهم الفردية وفي نفس الوقت لتحقيق أهداف التنظيم.

يتضح مما سبق أن للمستشفى طبيعة خاصة تميزها كنظام عن سائر المنظمات الأخرى، وبالاضافة إلى ما تقدم فإن المستشفى كنظام تتميز بالخصائص التالية :-

١ - وجود العديد من الأهداف التي تعمل المستشفى على إشباعها في وقت واحد مثل هدف علاج المرضى والمصابين - تحقيق الربح - التعليم - البحوث - خدمات وقاية البيئة، إلا أن الأهمية النسبية لكل من هذه الأهداف تختلف من مجتمع لآخر طبقاً للاعتبارات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في كل دولة. هذا بالاضافة إلى كون المستشفى عام أو خاص.

٢ - إذدواج خطوط السلطة :

تتميز المستشفيات عن غيرها من سائر المنظمات بوجود خطين للسلطة الأول خط السلطة الإداري أو البيروقراطي والثاني هو خط السلطة المهني، وهذا الاذدواج في حقيقته ناتج من زيادة الميل إلى التخصص وتقسيم العمل وهو ما يعني صراع على السلطة ونزاع تنظيمي بين مختلف المجموعات من منطلق اهتماماتهم المهنية. أي أن كل فئة من الفئات العاملة بالمستشفى تعتقد أن المستشفى بدونها لا يستطيع القيام بتحقيق هدفه، وحقيقة أن أداء المستشفى هو محصلة تفاعل أداء كل الفئات العاملة بها.

٣ - تميل المستشفى إلى التخصص الزائد مع زيادة درجة التعقيد في التنظيم وتقسيم العمل نتيجة وجود مجموعات من المهنيين مثل الأطباء ونصف المهنيين مثل الممرضات وغير المهرة مثل العمال حيث تتنوع تطلعاتهم ومداركهم وتعليمهم ودرجة ثقافتهم وتوقعاتهم وبالتالي سلوكهم التنظيمي ورغم هذا التنوع فمن المتوقع أن يعمل الجميع كفريق متكامل لهدف واحد

وفي مواجهة مشاكل واحدة ووفي نفس الوقت هناك ميل في كل مجموعة مهنية إلى التخصص العميق بما يعنيه من اقتصار المعرفة على نقطة واحدة وهي جزء من كل من اهتمامات المجموعة وبالتالي ينسحب المتخصص أي يقتصر مجال المتخصص على دائرة محدودة جداً كنتيجة لزيادة استخدام التكنولوجيا المكثفة في مجاله هذا، ويعنى ذلك أن يصبح المتخصص داخل المستشفى أشبه بالعامل على خط الإنتاج الذي لا يهم إلا بالعملية التي يؤديها عند النقطة التي يقف عندها على الخط.

٤ - تعتبر المستشفى جهاز مهني من الدرجة الأولي حيث تمثل المكان الذي يلتقي فيه المهنيين من مختلف التخصصات مع الجمهور للقيام بوظائفهم بما في ذلك المرضى والزوار والسياسيين ومندوبي الأجهزة، مما يضع المستشفى وسط تيارات متصارعة نتيجة اختلاف تطلعات هؤلاء الأطراف من المستشفى وبالتالي يتعرض المشرفون عليها والعاملون بها لضغوط متنوعة ويعانون من صراعات دائمة نتيجة إرتباط هؤلاء جميعاً بالمستشفى وخاصة في محاولة هؤلاء المهنيون الاحتفاظ بنوع من التوازن بين متطلبات المهنة والحرية المهنية من ناحية ومطالب تلك الأطراف من ناحية أخرى.

٥ - يصعب التنبؤ بحجم العمل في المستشفى مستقبلاً حيث أن طلب العلاج مسألة تحكمها اعتبارات شخصية، ومن ناحية أخرى فإن الأولوية تعطى دائماً للحالات العاجلة والحوادث وهو ما يصعب التنبؤ به. وهذا يتطلب من إدارة المستشفى العمل طبقاً لمتطلبات الإدارة بالأزمات وليس طبقاً لمتطلبات الإدارة بالأهداف. أي أن تكون خطة المستشفى مرنة بحيث يمكن مواجهة أي ظروف غير متوقعة.

٦ - تعتبر المستشفى نظام مركب من عدة أنظمة فرعية فهى تجميع لعدة أنظمة لكل منها طبيعة مميزه وهذا في حد ذاته يمثل تحدي لإدارة المستشفى والمشرفين عليها حيث لكل نظام من هذه النظم خصائصه ويتميز أعضاؤه بسلوك تنظيمي يختلف عنه بالنسبة لاعضاء النظام الفرعي الأخر.

٧ – صعوبة التأثير على سلوك الصفوة من الأطباء.

نظراً لأنه لا توجد مستشفى بدون طبيب وهم بذلك عمودها الفقري ومسئولون عن اتخاذ أخطر القرارات بها، ويصرون على الاحتفاظ لأنفسهم بكامل الحرية المهنية وهو مايفرض على الإدارة بالمستشفى أن تستخدم وسائل وأساليب غير تقليدية لإدارة وتوجيه هذه المجموعات وتشجيع التنسيق والتعاون بين المجموعات وكذا التكامل على مستوى المستشفى بدون أن نقلل من أهمية الاعتبارات المهنية لكل مجموعة.

٨ – الاهتمام المتزايد بالبيئة والمجتمع المحلي ينعكس في زيادة الاهتمام بالمستشفى وتنظيمها من جانب عديد من الشخصيات والجمعيات والمنظمات في كل مجتمع.

٩ – إن المستشفى وكفائتها هي محصلة التفاعل بين مختلف المجموعات العاملة بها نظراً لإنشغال كل مجموعة بأهدافها الخاصة التي قد تتعارض مع أهداف مجموعات أخرى وهو ما يعنى ضرورة استمرار التفاهم بين هذه المجموعات للتوصل إلى حلول وسط وأهداف ترضى جميع الأطراف في إطار الأهداف العامة للمستشفى التي تتميز بالعمومية وعدم التحديد وفي نفس الوقت فإن هذا النوع من التفاعل يزداد صعوبة بما لكل مجموعة من ثقافة وتدريب مختلف وتطلعات وتنظيم داخلي مختلف عن باقي المجموعات.

* * *

الفصل الثالث

التوجيه في المستشفيات

لا يختلف التوجيه في المستشفيات عن التوجيه في أي من المنظمات سواء كانت منظمات أعمال أو منظمات خدمات، فالتوجيه هو المهمة الأساسية لرجل الإدارة أثناء التنفيذ في أي منظمة وفي أي مستوى إداري داخل المنظمة .

ويقصد بالتوجيه بأنه الوظيفة الإدارية التي تنطوى على إرشاد المرؤوسين والاشراف عليهم[1] .

وإن مهمة التوجيه هي العمل على تحقيق أفضل النتائج من العمل اليومي المتشابك بين الرؤساء والمرؤوسين على كافة المستويات[2].

وتعتبر القيادة هي الاداة أو الوسيلة التي تتحقق بها وظيفة التوجيه.

ويقصد بالقيادة أنها المسئولية عن تحقيق نتائج معينة، بكل ما تستلزمه هذه المسئولية من مهارات فطرية أو مكتسبة. ويتضح من هذا المفهوم أن للقيادة طرفان أحدهما القائد والأخر هو. الجماعة التي يتولى توجيهها أو قيادتها وإن القيادة عملية ديناميكية تتأثر بمفاهيم وقواعد الفعل ورد الفعل.

– **محددات القيادة :**

للقيادة أبعاد ثلاثة هي :–

١ – أنها تتم بين أشخاص (قائد أو مدير وجماعة).

٢ – وأنها تعمل من خلال مركز وظيفي.

٣ – وأنها تحدث من خلال موقف معين.

ويقع العمل القيادي عندما تتفاعل هذه العوامل الثلاث مع بعضها البعض.

---

(١) د. / صلاح الشنواني : أصول إدارة الأعمال – دار الجامعات المصرية، ١٩٧٥ ، ص ٦١ آ

(٢) د. / محمود عساف : أصول الإدارة – دار الناشر العربي ، ١٩٧٥ ، ص ٤٥٠ .

وظائف القيادة

تتلخص أهم وظائف القيادة[1] فيما يلي :

١ – بلورة الأهداف وتحديدها وترجمة تحقيقها بأسلوب عملي.

٢ – توجيه الجهد للوصول إلى تحقيق أهداف العمل وإحتياجات العامل وإحتياجات المجتمع.

٣ – إحداث علاقات بناءة وإيجابية مع مختلف المستويات بالمنظمة.

٤ – الربط بين أجزاء المنظمة وأنشطتها بإقامة اتصالات متعددة وشاملة لكل وحدات التنظيم وربط هذه الاتصالات بالقيادة.

٥ – تنسيق قوى العمل المادية والبشرية بالمنظمة وتوجيهها للصالح العام للمنظمة.

٦ – إتخاذ القرارات سواء كانت خاصة بالسياسات أو الأهداف أو التنفيذ وتهيئة المناخ لقبولها وتحقيقها.

وبعد أن استعرضنا الركيزة الأولى للتوجيه (القيادة – مفهومها – محدداتها – وظائفها).

نستعرض فيما يلي الركيزة الثانية للتوجيه (أدوات التوجيه).

– **أدوات التوجيه :**

تتكون أدوات التوجيه مما يلي :

أولاً : الاتصالات.

ثانياً : التدريب.

ثالثاً : التحفيز.

رابعاً : العلاقات الإنسانية.

وفيما يلي نستعرض كل من الادوات السابقة بشيء من التفصيل.

---

(١) د. / إبراهيم درويش : القيادة الإدارية – بحث منشور بمجلة القانون والاقتصاد – العدد الثالث السنة الثالثة والأربعون – القاهرة.

اولاً : الاتصالات الادارية

إن القيادات لا يتسنى لها أن تقوم بعملها إلا في ظل نظام جيد للاتصالات يربط بين مختلف الوظائف الإدارية والعاملين التنفذين، إذ أنه بغير وجود نظام جيد للاتصالات تفقد القيادة القدرة على إتخاذ القرارات المناسبة الرشيدة.

ولا تقتصر أهمية الاتصال على كونه عاملاً يقوم عليه التوجيه، بل أنه يعد من العوامل اللازمة لكافة الوظائف الإدارية ولكل ما يتعلق بإتخاذ قرار مهما بلغت درجته.

- وسائل الاتصال :

تنقسم وسائل الاتصال إلى وسائل شفهية ووسائل كتابية وأخرى مصورة.

وتشتمل الوسائل الشفهية على المقابلة الشخصية والاتصال الهاتفي والمقابلات الجماعية.

وتضم الوسائل الكتابية التقارير والمذكرات والأوامر والتعليمات والشكاوى. أما الوسائل المصورة فتضم الصور الفوتوغرافية والمرسومة واللوحات والملصقات وأفلام السينما، والعروض التليفزيونية، والشرائح التي تعرض بالفانوس السحري.

ويتوقف اختيار وسيلة الاتصال المناسبة على عدة عوامل من أهمها حجم الجمهور المقصود بالاتصال والزمن المتاح لنقل المعلومات، وطبيعة المعلومات من حيث العلنية والسرية وأهميتها، وتكلفة وسيلة الاتصال .

- أهداف الاتصال :

يمكن تلخيص النتائج أو الأهداف التي يحققها الاتصال فيما يلي :

١ - نقل البيانات من جانب الإدارة إلى القائمين بالتنفيذ .

٢ – نقل البيانات اللازمة من مستوى القائمين بالتنفيذ إلى المستوى الأعلى.
٣ – نقل البيانات اللازمة لمتابعة التنفيذ أولا بأول بما يكفى التصحيح.
٤ – إتاحة الفرصة لأعضاء المنظمة للتعرف على ما يقوم به زملاؤهم من أعمال.
٥ – التنسيق بين إمكانيات وقدرات وظروف المنفذين ومشاكلهم.
٦ – توصيل المعلومات الهامة إلى المستوى الأعلى لكي يستعان بها في وضع الخطط ومتابعتها.

ثانياً : التدريب :

يعتبر التدريب من أهم الأدوات التي يستخدمها المديرون في التوجيه. وهو عملية مستمرة طالما أن حياة المنظمة مستمرة.

ويعرّف البعض التدريب بأنه محاولة لتغيير سلوك الأفراد وجعلهم يستخدمون طرقاً وأساليب مختلفة في أداء أعمالهم الإدارية ليسلكون مسلكاً يختلف عما هو متبع قبل التدريب[1].

هذا وقد تناول العديد من كتاب الادارة مفهوم التدريب بشيء من التفصيل والتوضيح. إلا أننا نستطيع أن نجمل القول فيما كتب عن مفهوم التدريب بأنه يتضمن ثلاث عمليات أساسية هي :-

١ – زيادة المعرفة والمعلومات.
٢ – تنمية المهارات والقدرات بما في ذلك المهارات اللازمة لاداء العمليات الفنية والمهارات القيادية والمهارات الادارية.
٣ – تعديل الاتجاهات أو تغييرها أو اكتساب اتجاهات جديدة.

– أهداف التدريب :

١ – تزويد الأفراد بالمعلومات الجديدة عن طبيعة أعمالهم، والأساليب المتطورة لاداء تلك الأعمال.

(١) د. / علي السلمي : التدريب الإداري – العدد رقم ٨٠ من منشورات المنظمة العربية للعلوم الإدارية.

٢ – تنشيط المعلومات الموجودة لدى الأفراد ، حيث أن الإنسان بطبيعته ميال إلى النسيان.

٣ – اكساب الأفراد الاتجاهات الصحيحة والمعرفة المرغوب فيها.

– **سياسات التدريب :**

من الملاحظ حتى الأن أن الاهتمام بالتدريب يتوقف على درجة اقتناع أو عدم اقتناع الإدارة العليا في المنشأت المختلفة.

وعلى كل الأحوال، فإن سياسة التدريب في المستشفى ينبغي أن ترتكز على الاجابة على الأسئلة التالية.

أ – ما الذي تستهدفه المستشفى من التدريب.

ب – ما هي الاحتياجات التدريبية الفعلية.

جـ – هل يمكن الاستجابة لكل الاحتياجات دفعة واحدة أم يجب اعطاء أولويات لبعضها.

د – ما هي البرامج التي ستقدم لتغطية الاحتياجات.

هـ – اين يتم التدريب (في المستشفى – في جهات متخصصة).

و – مدى كفاية الاعتمادات المالية المخصصة للتدريب.

– **أنواع التدريب :**

ينقسم التدريب في المستشفى حسب نوعية العاملين إلى :

أ – تدريب الأطباء.

ب – تدريب الممرضات.

جـ – تدريب الفنيين.

د – تدريب الإداريين.

الخطوات العلمية لاعداد الخطة التدريبية

هناك عدة خطوات علمية تسترشد بها المستشفيات عند إعداد الخطة التدريبية وهذه الخطوات يمكن تلخيصها فيما يلي:

١ - تحديد الاحتياجات التدريبية، وتنحصر الاحتياجات التدريبية فيما يلي :-

أ - تزويد العاملين بمعارف وخبرات مطلوبة تزويدهم بها أو تنميتهم فيها.

ب - تطبيق عملي لرفع معدلات الاداء والمهارات أو كيفية تعلم طرق عمل جديدة.

جـ - العمل على تغيير سلوك واتجاهات الأفراد بقدر الامكان نحو ما هو جديد في مجال عملهم.

وتتطلب عملية تحديد الاحتياجات التدريبية - التعرف على الفئات المطلوب تدريبهم ونوعية التدريب المطلوب لهم ومدته.

وتنحصر المصادر التي يمكن التعرف منها على الاحتياجات التدريبية في المستشفى فيما يلي:-

أ - توصيف الوظائف والأعمال. فهناك علاقة قوية بين توصيف الوظيفة ونوع التدريب اللازم لشاغلها.

ب - معدلات الأداء يمكن تحديد البرامج التدريبية اللازمة للوصول بالافراد إلى مستوى الأداء المطلوب.

جـ - تغيير نظام العمل وظروفه حسب ما تقتضيه الحالة التوقتيه.

د - الأهداف المطلوب تحقيقها بواسطة المستشفى ككل أو بواسطة كل قسم من الأقسام المختلفة بها.

هـ - تقارير الرؤساء وأراؤهم.

و - تقارير وأراء العاملين.

ز - تقارير الصيانة وتكاليف الانتاج.

ح - تقارير التفتيش وأجهزة الرقابة والحوادث والشكاوي.

٢ - تحديد أنواع التدريب، ويرتبط ذلك بتحديد الهدف من التدريب ومن ثم تحديد نوع التدريب الذي يكون أكثر ملائمة.

٣ - تحديد العاملين المطلوب تدريبهم. من حيث عددهم ومستوياتهم وخبراتهم وعوامل الضعف في كفاءتهم.

٤ - حصر المدربين - عددهم وتخصصاتهم وخبراتهم حتى يمكن حصر الدورات التدريبية التي يمكن تنفيذها ومناقشة مردودها الفعلي على المتدرب ومدى أهميتها. حتى يمكن تحديد مدى الحاجة إلى الاستعانة بمدربين من الخارج. إن لزم الأمر.

٥ - أماكن التدريب - يجب استعراض أماكن التدريب المتاحة وتزويدها بأهم الوسائل العلمية لأنها تؤثر تأثيراً كبيراً على حجم العمل التدريبي وعلى عدد المتدربين.

٦ - تحديد أساليب التدريب يجب الاختيار بين أساليب التدريب لاختيار انسبها للاستخدام ومن أهم الأساليب التدريبية، أسلوب المحاضرة والمناقشة والندوات .. إلخ.

٧ - تصميم البرامج التدريبية ويتضمن ذلك تحديد مضمون ومحتويات البرامج التدريبية وذلك في ضوء الاحتياجات التدريبية، والعاملين المطلوب تدريبهم - والفترة الزمنية للتدريب وتحديد المواد التدريبية وأسماء المحاضرين والمديرين وتوزيع الوقت الكلي واختيار المصادر أو المراجع للمادة التدريبية وتحديد دور الدارسين في البرنامج ..... إلخ.

- **تقييم التدريب :**

ليس معنى وجود برنامج للتدريب وهيئة قائمة على تنفيذه والاشراف عليه هى دراسة موضوعية تتخذ شكلاً له طابع تعليمي يتحتم مسيرته على الأسس المبرمجة وأن الأهداف المتوخاة والمرسومة ستحقق في نهاية الفترة الموضوعة للبرنامج. ولذلك فإن من العمليات الهامة تقييم برامج التدريب لتحديد مدى فعاليتها. وعلى الرغم من أن فعالية التدريب تعتبر من الأمور الصعبة، إلا أنه يجب استخدام كل الوسائل والمؤشرات الممكنة. فمثلاً قد نأخذ معدل الانتاج أو معدل الحوادث أو

سجلات التكاليف كمعايير لتقيم التدريب المهني، كما يمكن أن تستخدم الاستقصاءات أو الاختبارات الكتابية ورسم وتدعيمها أو تدشينها بأراء الوضع المسموح كمعايير لتقيم برامج أخرى من التدريب ويجب أن تكون المعايير المختارة موضوعية. هذا من ناحية أما من ناحية تكلفة التدريب فيجب أن يكون العائد من البرامج التدريبية أعلى من التكلفة.

ولعله بعد استعراض ما سبق عن التدريب أن تتضح العلاقة بين التدريب وبين المضمون العلمي والمفهوم الحقيقي لوظيفة التوجيه.

ثالثاً : التحفيز :

إن عملية دفع العاملين للعمل برغبة وحماس وغيره تشكل أمراً بالغ الأهمية في مجال إدارة الأعمال. فالتحفيز عنصر ديناميكي في عملية التدريب من جهة، وفي سلامة وفعالية الاتصالات من جهة ثانية وفي تهيئة المناخ الصحي المتسم بالعلاقات الانسانية داخل المنظمة من جهة ثالثة . أي أن التحفيز يمثل علاقة مركبة ومتداخلة بين أدوات التوجيه الأخرى.

ويعرف الحافز بأنه ذلك الباعث المادي أو المعنوي الذي يدفع الشخص إلى أداء عمل ما. أو تحسين ذلك الأداء.

- أنواع الحوافز :

إن أكثر التقسيمات شيوعاً هو الذى يقسم الحوافز إلى الأنواع التالية :-

- حوافز مادية (إيجابية وسلبية) .
- حوافز معنوية (إيجابية وسلبية) .

فالحوافز المادية الايجابية ينظر إليها على أنها أقوى الحوافز على العمل. إذ أنه ما زالت لدى المديرين فكرة أنه لا يمكن حث العاملين على العمل بحوافز أخرى خلاف الحافز المادي ويتمثل الحافز المادي الايجابي فيما يلي :-

- الأجر سواء أجر الوقت أو أجر القطعة .

- المكافآت التشجيعية .

- العلاوات الدورية والعلاوات الاستثنائية .

- الترقيات .

- اشتراك العاملين في الأرباح.

وتهدف هذه الأنواع إلى اشباع الحاجات المادية لدى العاملين.

أما الحوافز المادية السبية فهي التي تهدف إلى أحداث نفس التأثير على العاملين ووسائلها:

- الخصم من الأجر .

- الحرمان من المكافأة أو العلاوة .

- الحرمان من الترقية.

وبالنظر إلى الوضع في المستشفيات الخاصة نجد أن صاحب المستشفى هو الأول والأخير في قرار أي زيادة للعاملين، ويقتصر دور مدير المستشفى على التوصية بذلك، وكذلك في حالة الخصم أو الحرمان من المكافأة لا يخرج دور مدير المستشفى عن كونه موصى . إن إحساس العاملين بالمستشفيات بأن مدير المستشفى لا يستطيع اعطاء أحد منهم مكافأة أو علاوة وكذلك أنه لا يستطيع خصم أو حرمان العامل من علاوة أو ترقية يجعلهم لا ينتمون إليه أولا يهتمون به ويمكن القول بأن ذلك يرجع إلى تدخل أصحاب المستشفيات في مهام أو صلاحيات المدير.

والحوافز المعنوية لا تقل أهمية عن الحوافز المادية، بل قد تزيد عليها في بعض الأحيان فضلاً عن أن الحوافز المادية لا تؤدى ثمارها المرجوة دون أن تساندها الحوافز المعنوية وهي تنقسم إلى :-

الحوافز المعنوية الايجابية والتي تتمثل في : -

- الاعتراف بقيمة ما ينجزه العامل.

- احترام مشاعر العاملين.

- الثناء والمديح والتشجيع .
- توفير الأمن .
- نشر أسماء الممتازين في لوحات الشرف.
- شهادات التقدير .

أما الحوافز المعنوية السلبية فتتمثل في :-
- اللوم والتأنيب .
- توجيه الإنذار .
- نشر أسماء المهملين في قوائم خاصة.

هذا وتعد الحوافز بمثابة أداة رئيسية من أدوات التوجيه ، بالاضافة إلى أن هناك أكثر من سبيل يمكن إتباعه في عملية التحفيز. وتحديد نوع الحافز الذى يستخدم أمر مرهون بمتطلبات العمل والعاملين وأن استخدام الحافز الملائم يعتبر علامة من علامات نجاح الإدارة ومهمة استخدام الحافز في الوقت المناسب تقع على عاتق الإدارة .

رابعاً : العلاقات الانسانية :

يقصد بالعلاقات الانسانية السلوك الإداري الذي يقوم على تقدير كل فرد داخل المنشأة والاحترام المتبادل بين جميع العاملين رؤساء ومرؤوسين. وتتأثر خطة العلاقات الإنسانية بكثير من العوامل، منها أهداف المنظمة أو المنشأة والتقاليد فيها والظروف الاقتصادية التى تمر، والبيئة التي ينشط فيها العاملون، بالاضافة إلى السياسات التي تفرض على المنظمة من النطاق الخارجي .

ويمكن القول بصفة عامة أن خطة العلاقات الانسانية التي يضعها مدير المستشفى ينبغي أن تهدف إلى كسب محبة العاملين وإحترامهم، ورفع روحهم المعنوية، واشباع حاجاتهم المادية والمعنوية بالاضافة إلى العمل بقدر الامكان على تقويم العاملين المعوقين للعمل.

الفصل الرابع

الرقابة في المستشفى

لا تختلف الرقابة في المستشفيات عن الرقابة في أي منظمة أخرى، حيث تقوم الرقابة في أي منظمة بغرض التحقق من أن ما يتم أو تم فعلاً مطابق لما هو مخطط سواء ذلك بالنسبة للأهداف أو السياسات أو الاجراءات أو اللوائح أو بالنسبة للموازنات التخطيطية أو بالنسبة لبرامج العمل والجداول الزمنية. هذا فضلاً عن أن الرقابة تشمل كل ما يتعلق به الأموال والاشخاص والأشياء (العدد والآلات والمواد الخام والمنتجات ... إلخ) والوقت. إلا أن هذا لايعنى أن المعايير التي تستخدم في كل نشاط واحدة حيث أنه من الطبيعي أن توجد معايير رقابية لكل نشاط من أنشطة المنظمة تتفق وطبيعة ذلك النشاط، وبعبارة أخرى فالمعايير التي تستخدم في المنشآت الصناعية أو التجارية غير تلك التي تستخدم في المستشفيات بسبب اختلاف طبيعة النشاط في كل منهم.

ولكي تتحقق المستشفى من أن ما يتم أو تم مطابق لما تقرر تحقيقه لا بد من أن تكون هناك معايير أو مقاييس يتم بموجبها قياس الاداء بغرض التعرف على ما إذا كانت هناك إنحرافات أو لا، فإذا كانت هناك إنحرافات أصبح من الضروري تشخيصها وعلاجها من أجل تصحيح المسار. ويجب أن تكون المعايير الرقابية واضحة ومحددة وموضوعية.

يتضح مما سبق أن العملية الرقابية تمر بثلاث مراحل أساسية هي :-

- مرحلة تحديد المعايير الرقابية.
- مرحلة قياس الأداء.
- مرحلة تشخيص المشكلات وعلاجها.

وتتم الرقابة في المستشفى في حدود الخطة الموضوعة وتشتمل:-

- الرقابة على مستوى أداء جميع الأفراد العاملين بالمستشفى.
- الرقابة على استخدام الامكانيات.

- الرقابة على الوقت المنقضى داخل العمل بالمستشفى لجميع العاملين.
- الرقابة على مدى اتباع التعليمات والإرشادات .
- الرقابة على البرامج الزمنية الخاصة بالعناية بالمرضى أو بتدريب العاملين.

ومن أهم فوائد الرقابة ما يلي :

التأكد من تحقيق الأهداف .
- اكتشاف القصور في الأداء .
- تحقيق التوفير في التكاليف .
- اقتراح التعديلات الواجب إدخلها.
- تقييم النتائج ومقارنتها دورياً لتحديد أوجه القصور.
- الكشف عن الانحرافات ومحاولة علاجها.
- تحديد المسئولية ومحاسبة المسئولين عن أعمالهم.

والرقابة بمثابة عملية دائمة ومستمرة ، كما أنها شاملة لكل العمليات الإدارية وكذلك تتم في جميع المستويات الادارية داخل المنظمة . فضلاً عن أن الرقابة لا تكون ولا يصح أن تكون بعد انتهاء تنفيذ الأعمال . فمن الضروري أن تتم الرقابة عند نقاط معينة من التنفيذ تحدد مقدماً ، لأننا لو تركنا الرقابة للنهاية فقد يكون الأمر قد استفحل وربما يكون من الصعب حينئذ تصحيح المسار .

وبالنسبة لممارسة مدير المستشفى لعنصر الرقابة نجد أن الرقابة تتم بالنسبة للهيئة الطبية من داخل الكيان المستقل لها عن طريق اللجان المتعددة، فهي التي تحدد المعايير الرقابية وتقيس الأداء وتصحح الانحرافات، ألا أن مدير المستشفى يظل مسئولاً بوجه عام عما يدور داخل المستشفى من أنشطة طبية وغير طبية. وفي هذا الشأن نجد أن مدير المستشفى يقوم بوضع المعايير الرقابية فيما يتعلق باستخدامات الاشخاص والأموال والمواد والوقت وعليه قياس الأداء في هذا الشأن، ورفع الأمر لصاحب المستشفى لإتخاذ ما يراه مناسباً. أو تصحيح الانحرافات التي تكشفها عملية الرقابة. فهو

وأن كان لا يضع المعايير الرقابية بالنسبة للأنشطة الطبية فإن يقوم مثلاً بإعداد مقاييس استخدام الأسرة وعمل إحصاءات المستشفى واستخداماتها بشكل عام، كما يراقب المتصرف على الأجهزة والمعدات والمستلزمات والدواء والغذاء والأجور والمرتبات في المستشفى. ويقوم باتخاذ ما يراه مناسباً في شأن تصحيح الانحرافات أو العرض على صاحب المستشفى باعتباره السلطة العليا في المستشفى لإتخاذ ما يراه مناسباً في شأنها. فمدير المستشفى مفوض في بعض النواحي من قبل صاحب المستشفى في متابعة التنفيذ، ومسئول عن عرض ما يراه على صاحب المستشفى إذا كان يتطلب سلطات أعلى من السلطات المخولة إليه.

يتضح مما سبق أن العمل في المستشفيات في حاجة لوضع مبادىء وأسس علمية خاصة بها لما تتميز به طبيعة العمل بهذه المنظمات. وبعد أن عرضنا الأصول والأسس العلمية في المستشفيات نعرض فيما يلي نتائج الدراسة الميدانية والتي تمت على عينة من المستشفيات الخاصة بمدينة جدة.

* * *







الباب الثالث

أساليب ممارسة الوظائف الإدارية بالمستشفيات الخاصة
(الدراسة الميدانية)

الفصل الأول **التخطيط في المستشفيات الخاصة**

الفصل الثاني **التنظيم في المستشفيات الخاصة**

الفصل الثالث **الرقابة في المستشفيات الخاصة**

الباب الثالث

أساليب ممارسة الوظائف الإدارية بالمستشفيات الخاصة
(الدراسة الميدانية)

بعد أن استعرضنا فيما سبق الأصول والأسس العلمية للإدارة بالمستشفيات الخاصة، نعرض فيما يلي تحليلاً للدراسة الميدانية والتي تمت على عدد ٧ مستشفيات خاصة بمدينة جدة، تشتمل هذه المستشفيات على كافة التخصصات الطبية، هذا وقد تم اختيار هذه المستشفيات بطريقة منتظمة لكي يتمكن الباحث من جمع البيانات بسهولة.

وقد تم تصميم عدد ٣ استمارات، الأولى منها استمارة استقصاء موجهة لكل من يشغل وظيفة إدارية بالمستشفيات محل الدراسة، والثانية منها إستمارة استقصاء موجهة للمرضى بالمستشفيات محل الدراسة، والثالثة استمارة جمع بيانات إحصائية عن كل مستشفى من المستشفيات محل الدراسة بغرض قياس النواحي الكمية في المستشفيات والتي لا يمكن قياسها عن طريق الاستقصاء. وفيما يلي بيان بنسب الاستجابة من حجم العينة :-

العينة المختارة ممن يشغلون وظيفة إدارية إدارية بالمستشفيات محل الدراسة				العينة المختارة من المرضى بالمستشفيات محل الدراسة				استمارة جمع البيانات الاحصائية بالمستشفيات لمحل الدراسة		
عدد المستشفيات المشاركة	عدد الاستمارات الموزعة	عدد المجيبين	نسبة الاستجابة	عدد المستشفيات المشاركة	عدد الاستمارات الموزعة	عدد المجيبين	نسبة الاستجابة	عدد المستشفيات المشاركة	عدد المستشفيات التي أجابت	نسبة الاستجابة
٧	٩٠	٥٠	٪٥٥	٧	٢٠٠	١٣٠	٪٦٥	٧	٥	٪٧١

يتضح من الجدول السابق أن عدد المجيبين يختلف عن عدد الاستمارات التي تم توزيعها ولذلك فإن التحليل سيبني على عدد المجيبين من العينة وليس على عدد الاستمارات التي تم توزيعها. كما يلاحظ أنه في حالة نقص عدد المجيبين عن الاعداد الموضحة بالجدول فإن ذلك يرجع إلى أن هناك بعض الأصوات الملغاة أو أن بعض الأسئلة بالاستمارات لم يجاب عليها من قبل الأفراد الذين تم توزيع الأستمارات عليهم. وسيتبع في تحليل الدراسة الميدانية تصنيفها طبقاً لأسلوب ممارسة الوظائف الإدارية بالمستشفيات الخاصة.

الفصل الاول

التخطيط في المستشفيات الخاصة

كما سبق أن ذكرنا أن التخطيط بصفة عامة والتخطيط في المستشفيات الخاصة بصفة خاصة يقوم على التنبؤ بالمستقبل والاعداد لمواجهة ذلك المستقبل بكافة أحداثه، أي رسم السياسات ووضع البرامج والخطط اللازمة لتحقيق الهدف من إنشاء المستشفى.

وفيما يلي نستعرض النواحي التخطيطية والتي كشفت عنها الدراسة الميدانية في المستشفيات الخاصة بمدينة جدة.

١ - اهداف المستشفيات الخاصه

إن كل مشروع لا بد وأن يكون له هدف نهائي وأهداف فرعية أياً كان ذلك المشروع (تجاري - صناعي - خدمات) هذا ويجب أن يكون ذلك الهدف وتلك الأهداف واضحة ومحددة وواقعية أي ممكنة التحقيق. ويختلف الهدف النهائي للمشروع حسب طبيعة ذلك المشروع، فالمشروع التجاري يهدف إلى تحقيق الربح وتعظيمه، بينما نجد أن مشروعات الخدمات تسعى إلى تقديم الخدمة بغض النظر عن أية إعتبارات أخرى.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول أهداف المستشفيات الخاصة.

جدول رقم (١)

الأهـــداف	العـدد	النسبة المئوية
١ - تحقيق الربح	٢٢	٤٤ ٪
٢ - تقديم أقصى خدمة طبية للمرضى	٢٨	٥٦ ٪
٣ - البحوث والتدريب	-	-
٤ - التعليم	-	-
٥ - تقديم خدمات الوقاية للبيئة	-	-
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٤٤٪ من العينة يؤكدون أن المستشفيات الخاصة تهدف إلى تحقيق الربح وتعظيمه دون النظر إلى أي اعتبارات أخرى. بينما نجد أن ٥٦٪ من العينة يؤكدون أن المستشفيات الخاصة تسعى إلى تقديم أقصى خدمة طبية ممكنة للمرضى والمصابين بجانب العمل على تحقيق ربح مناسب.

والحقيقة أن المستشفى الخاص شأنه شأن أي مشروع تجاري آخر. فعندما يفكر أحد الأفراد في استثمار أمواله في إنشاء مستشفى خاص، فإنه يضع معيار تحقيق الربح نصب عينيه بجانب تقديم أقصى خدمة طبية ممكنة للمرضى والمصابين. ولذلك فإننا نجد أنه في حالة عدم تحقيق المشروع (المستشفى) ربحاً فمن المستبعد أن يستمر صاحب المستشفى في ذلك النوع من الاستثمار.

٢ ـ **إن المستشفى لها أهداف فرعية كباقي المشروعات الأخرى:** وتعمل تلك الأهداف الفرعية على تحقيق الهدف النهائي للمستشفى. إلا أنه قد يحدث تعارض بين تلك الاهداف وبعضها مما يؤثر على تحقيق الهدف النهائي للمستشفى.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول مدى وجود تعارض بين الأهداف الفرعية وبعضها بالمستشفيات الخاصة .

جدول رقم (٢)

وجود تعارض بين الأهداف الفرعية وبعضها في المستشفيات الخاصة	العــدد	النسبة المئوية
نعــم	٢٠	٤٠ ٪
لا	٣٠	٦٠ ٪
المجمــوع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٤٠٪ من العينة يؤكدون وجود تعارض بين الأهداف الفرعية وبعضها البعض في المستشفيات الخاصة. فمثلاً لو اقترح مدير المستشفى منح بعض العاملين من الفئات المختلفة بالمستشفى مكافآت تشجيعية تقديراً لجهودهم الغير عادية في سبيل الارتقاء بمستوى الخدمة الطبية التي تقدم للمرضى والمصابين. نجد أن ذلك الهدف قد يلقي معارضة سواء من جانب مدير الحسابات بالمستشفى أو صاحب المستشفى بحجة ضغط الانفاق. علماً بأن كتاب الإدارة يرون أن منح المكافآت التشجيعية من شأنه زيادة الإنتاج وتحسين الأداء ورفع الروح للأفراد وحثهم على العمل بدرجة عالية من الكفاءة.

٣ – **إن نوع التخطيط الذي تفضله أي مستشفى خاص يتوقف على ظروف وإمكانيات تلك** المستشفى فنجد أن بعض المستشفيات الخاصة تفضل التخطيط متوسط الأجل والذي تتراوح مدته بين سنة وخمس سنوات. بينما أن البعض الآخر يفضل التخطيط قصير الأجل والذي لا تزيد مدته عن سنة ويستدلون على ذلك بأنه كلما طالت فترة التخطيط كلما كان متوقع حدوث أخطاء أو انحرافات عن الخطة. على عكس الحال لو كانت المدة قصيرة فلم يكن هناك فترة تسمح بظهور انحرافات.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول نوع التخطيط الذي تفضله المستشفيات الخاصة.

جـدول رقم (٣)

نوع التخطيط	العدد	النسبة المئوية
١ – تخطيط طويل الأجل	٩	١٨ ٪
٢ – تخطيط متوسط الأجل	٢٢	٤٤ ٪
٣ – تخطيط قصير الأجل	١٦	٣٢ ٪
٤ – تخطيط لمواجهة مواقف طارئة	٣	٦ ٪
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٤٤٪ من العينة تفضل استخدام التخطيط متوسط الأجل، ٣٢٪ من العينة يفضلون استخدام التخطيط قصير الأجل، ١٨٪ يفضلون استخدام التخطيط طويل الأجل، ٦٪ يفضلون استخدام التخطيط المواجهة مواقف طارئه.

ويمكن القول بأن المستشفيات الخاصة تفضل إستخدام التخطيط متوسط الأجل بجانب عمل خطة لمواجهة المواقف الطارئة والتي تحدث فجأة. وكما سبق أن أوضحنا أن عملية الاختيار هذه ترجع إلى ظروف وإمكانيات كل مستشفى على حدة.

٤ - على من تقع مسئولية التخطيط بالمستشفيات الخاصة؟

تقع مسئولية التخطيط في أي مشروع على كاهل الإدارة العليا في المشروع، فالإدارة العليا في أي مشروع تعطى نسبة كبيرة من وقتها للعملية التخطيطية على الرغم من أن علماء الإدارة يرون ضرورة مشاركة جميع العاملين في المشروع في وضع الخطة لكي يتم التنفيذ بكل دقة، كما أن مشاركة العاملين في المشروع في وضع الخطة يخلق لديهم شعور بالولاء لها. فقد نجد أن صاحب المستشفى يقوم بوضع خطة مستشفياة وحدة وقد يشترك معه مدير المستشفى وقد يشترك معهما نائب المدير. فصاحب المستشفى يمثل في مستشفاة رئيس مجلس الإدارة والمدير العام (الإدارة العليا).

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول مدى مساهمة إدارة المستشفى في وضع الخطة.

جـدول رقم (٤)

مساهمة إدارة المستشفى في وضع الخطة	العـدد	النسبة المئوية
١ - صاحب المستشفى	٣٧	٧٤٪
٢ - صاحب المستشفى والمدير	٧	١٤٪
٣ - صاحب المستشفى والمدير ونائبه	٦	١٢٪
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٧٤٪ من العينة تؤكد أن الإدارة العليا في المستشفى (صاحب المستشفى) هو الذى يحدد الخطوط العريضة للخطة، بينما ١٤٪ من العينة يؤكدون أن صاحب المستشفى يشترك معه مدير المستشفى في وضع الخطة، ١٢٪ من العينة يؤكدون أن صاحب المستشفى يشترك معه مدير المستشفى ونائبه.

حقيقة يجب ألا يقتصر وضع الخطة على صاحب المستشفى ومديرها ونائبه بفرض أنهم يشتركون في وضع الخطة جميعاً، بل يجب أن يمتد لجميع العاملين بالمستشفى. فمثلاً كل رئيس قسم يخطط لقسمة وتجمع خطط الأقسام لتتكون منها الخطة العامة للمستشفى، لأن كل رئيس قسم يعرف دقائق الأمور ومتطلبات العمل المختلفة في قسمة. كما أن اشتراكه في وضع الخطة يضمن للإدارة تنفيذ الخطة بكل دقه.

إن مبدأ المشاركة في التخطيط يقوم على أساس اشتراك جميع الأفراد العاملين في وضع الخطة، على أن يشترك كل منهم حسب وضعه الوظيفي في المشروع بهدف ضمان تنفيذ الخطة بدقة وخلق شعور بالولاء نحوها. لذلك فإن عدم اشتراك العاملين بالمستشفيات في وضع الخطة تكون له عواقب وخيمه كان من الممكن تجنبها لو اشتركوا في وضع الخطة.

هذا إذا كان هناك فكرة تحديد المسؤولية لرؤساء الأقسام والأخذ بأراءهم عند وضع الخطة. النهائية للمستشفى ليتمكنوا من ممارسة وتطبيق خططهم على النهج المرسوم والمشاركة في وضعها.

إن عدم وجود خطة مستقلة لكل قسم بالمستشفى، يجعل القسم يعمل في فوضى غير مستحبه.

ويعمل على عدم تحديد المسئولية بالقسم، كما أنه يجعل عملية الرقابة عملية صعبة حيث تقوم الرقابة على متابعة تنفيذ ما تم تخطيطه مسبقاً.

إن عرض الخطة على العاملين بعد اعتمادها إجراء من شأنه تحديداً لما يجب أن يقوم به كل فرد في عمله، كما أنه يوضح علاقة. الإدارات أو الأقسام المختلفة بالمشروع وبعضها البعض وعلاقة المشروع

بالمشروعات المماثلة أو دور المشروع تجاه المنطقة المحلية الموجود بها المشروع، وأيضاً دور المشروع تجاه الدولة ككل.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول مدى عرض الخطة على العاملين بالمستشفيات الخاصة بعد اعتمادها.

جدول رقم (٥)

عرض الخطة على العاملين بعد اعتمادها	العـدد	النسبة المئوية
نعـم	٢٢	٤٤ ٪
لا	٢٨	٥٦ ٪
المجمـوع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٥٦ ٪ من حجم العينة تؤكد عدم عرض الخطة على العاملين بعد اعتمادها، وأن ٤٤٪ من حجم العينة تؤكد أن الخطة تعرض على العاملين بعد اعتمادها.

إن عدم عرض الخطة على العاملين بالمستشفيات الخاصة إجراء من شأنه أن يضعف الثقة بين إدارة المستشفى وبين العاملين فيها، كما قد يخلق شعوراً لدى الأفراد بالسلبية واللامبالاة في العمل. هذا بالاضافة إلى أن عدم تعريف العامل بما يجب أن يقوم به يجعل من الصعب عدم إنجاز هذا العمل. إن كل ما يحدث نتيجة عدم عرض الخطة على العاملين بعد اعتمادها يمكن تجنبه، لو عرضت الخطة على العاملين بعد اعتمادها. هذا بالاضافة إلى جنى فوائد كثيرة للإدارة بالمستشفى مما ينعكس أثره على نظام العمل بالمستشفى.

إن أخذ أراء العاملين في الاعتبار عند وضع الخطة أسلوباً لضمان تعاون الأفراد في تنفيذ الخطة، كما أنه يخلق لديهم شعور بأنهم ذو قيمة وأن الإدارة تقدر مواهبهم وتحترم مشاعرهم وتحرص على تلبية رغباتهم، حتى توفر لهم كل ما من شأنه تقديم أفضل الخدمات للمرضى والمصابين. لذلك يفضل مراعاة

أخذ أراء العاملين في الاعتبار عند وضع الخطة. هذا ولا يجب أن تقف المستشفى عند هذا الحد بل يجب أن يمتد دورها ليشمل أراء المرضى عند تقييم مستوى الخدمات المقدمة لهم، حيث أن المرضى هم الذين يلمسون تقديم الخدمات بالمستشفيات أكثر من العاملين أو الأفراد الذين يتمتعون بصحة جيدة. كما أنهم يستطيعوا توضيح المشاكل والعقبات التي تقف أمامهم أثناء وجودهم بالمستشفى.

وحرصاً من إدارة المستشفى على التأكد من تأدية رسالتها بكل دقة، يجب عمل إستطلاع رأي للمرضى في فترات مختلفة على مدار العام للتعرف على أرائهم تجاه الخدمات التي تقدم لهم، والوقوف على ما قد يعترض حسن سير العمل بالمستشفى واتخاذ الاجراءات المصححه لذلك على الفور ومراعاة منع حدوث ذلك مستقبلاً.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول مدى أخذ أراء المرضى في الاعتبار عند تقييم مستوى الخدمة الطبية المقدمة لهم.

جدول رقم (٦)

أخذ أراء المرضى في الاعتبار عند تقييم مستوى الخدمة الطبية المقدمه لهم	العـدد	النسبة المئوية
نعم	٢١	٤٢ ٪
لا	٢٩	٥٨ ٪
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٥٨٪ من حجم العينة تؤكد عدم أخذ أراء المرضى في الاعتبار عند تقييم مستوى الخدمة الطبية المقدمة لهم، وأن ٤٢٪ من حجم العينة تؤكد مراعاة أراء المرضى عند تقييم مستوى الخدمة الطبية المقدمة لهم.

إن عدم أخذ أراء المرضى في الاعتبار عند تقييم مستوى الخدمة الطبية المقدمه لهم يجعل الإدارة تعمل بمعزل عن المرضى أو أن إدارة المستشفى تتجاهل هؤلاء الأفراد مما ينعكس أثره على سمعة المستشفى الأمر يؤدى إلى انخفاض دخل المستشفى في الأجل الطويل.

٥ - تكيف المستشفى مع بيئتها الخارجية Qdaptatim :

إن من عوامل نجاح المستشفى في تحقيقها لأهدافها تكيفها مع بيئتها الخارجية، فكل مستشفى تعمل في بيئة مختلفة عن البيئة التي تعمل فيها مستشفى أخر، وبما أن كل بيئة لها خصائصها المميزة لها، لذلك يجب على إدارة المستشفى أن تتكيف مع البيئة الخارجية لها، وأن يكون هذا التكيف بدرجة عالية، حيث أن المستشفى الحديث يتفاعل مع البيئة الداخلية والخارجية أي يؤثر ويتأثر بكل منها.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول درجة تكيف المستشفى مع بيئتها الخارجية.

جـدول رقم (٧)

درجة تكيف المستشفى مع بيئتها الخارجية	العـدد	النسبة المئوية
١ - التكيف بدرجة عالية	٤٣	٨٦ ٪
٢ - التكيف بدرجة متوسطة	٧	١٤ ٪
٣ - التكيف بدرجة ضعيفة	-	-
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٨٦٪ من العينة تؤكد تكيف المستشفيات الخاصة بمدينة جدة مع البيئة الخارجية لكل منها بدرجة عالية، وأن ١٤٪ من العينة تؤكد تكيف المستشفيات الخاصة بمدينة جدة مع البيئة الخارجية لكل منها بدرجة متوسطة.

حقيقى إن إدراك أهمية تكيف المستشفى الخاص مع البيئة الخارجية هي عملية في غاية الأهمية حيث أن المستشفى الخاص يتأثر ويؤثر في البيئة الخارجية التي يعمل فيها وتنعكس أهمية هذا الإدراك على المستشفى في الأجل الطويل عن طريق تكوين سمعة طيبة لدى الأفراد الموجودين في البيئة الموجودة بها المستشفى، وأيضاً تحقيق أرباح وتعظيم العائد من تلك الأرباح. لذلك ترى لجنة البحث أن على المستشفيات الخاصة التي لم تدرك تلك الأهمية، ملاحقة إدراك هذه الأهمية حتى تضمن تلك المستشفيات كسب واحترام الأفراد الموجودين في المنطقة التي تعمل بها.

٦ - كيفية ادارة المستشفيات الخاصه

إن الإدارة علم وفن كما يقول كتاب الإدارة، وليس كل من درس بكليات التجارة أن يصلح أن يكون مدير، وأن من له خبرة فقط يصلح أن يكون مدير أيضاً، فالمدير الناجح يجب أن يتوافر فيه التأهيل العلمي المناسب مع الخبرة في المجال الذي يعمل فيه. وقضية إدارة المستشفيات عن طريق الاطباء أم عن طريق الإداريين طرحت أمام العديد من المؤتمرات وقد كانت بعض الأراء ترى أنه من الأفضل إدارة المستشفيات عن طريق الاطباء بحجة أن الإداري لا يعرف ولا يدرك أهمية النواحي الطبية في المستشفى، ورأي أخر يرى أن إدارة المستشفيات عن طريق الإداريين بحجة أنهم مؤهلين لعملية الإدارة وفريق ثالث يرى أن يكون مدير المستشفى طبيباً ووكيل المستشفى إداري وتفوض له كافة الاختصاصات المالية والإدارية ويستقل المدير بالنواحي الفنية فقط.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول كيفية إدارة المستشفيات الخاصة.

جـدول رقم (٨)

كيفية إدارة المستشفى	العـدد	النسبة المئوية
١ - عن طريق صاحب المستشفى.	٣٧	٧٤ ٪
٢ - عن طريق مدير المستشفى.	١٣	٢٦ ٪
٣ - عن طريق صاحب المستشفى والمدير	-	-
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٧٤٪ من العينة تؤكد إدارة المستشفيات الخاصة عن طريق أصحابها، وأن ٢٦٪ من العينة تؤكد إدارة المستشفيات الخاصة عن طريق مدير المستشفى.

في الحقيقة إن المستشفيات الخاصة تدار عن طريق مديرين لتلك المستشفيات، إلا أن هؤلاء المديرين لم تكن لديهم السلطة الكافية لممارسة أعمال إدارة المستشفى، حيث يحتفظ صاحب المستشفى بجزء كبير من الاختصاصات، ويعطي جزء بسيط لمدير المستشفى من الاختصاصات، ولذلك فإن مدير المستشفى لا يستطيع البت في شيء ما إلا بعد الرجوع إلى صاحب المستشفى.

ويعين صاحب المستشفى نفسه مدير عام للمستشفى ويأخذ صلاحيات رئيس مجلس الإدارة. إن تلك الظاهرة قد تنعكس على نظام العمل بالمستشفى مما يتسبب عنه انخفاض مستوى الرعاية الطبية التي تقدم للمرضى والمصابين.

وترى لجنة لبحث أنه من الأفضل أن تدار المستشفيات الخاصة عن طريق اطباء مؤهلين إدارياً وتمنح لهم كافة الاختصاصات التي تمكنهم من مزاولة عملهم بطريقة سهلة وميسورة.

٧ - تعتمد أي مستشفى في تأديتها للخدمة الطبية على الامكانيات المتاحة لها سواء كانت إمكانيات مادية أو إمكانيات بشرية. وبناء على توافر تلك الامكانيات المادية والبشرية تحدد المستشفى عدد المرضى الذين يمكن قبولهم بالأقسام الداخلية وفي هذا الصدد يمكن القول بأن مسؤليات المستشفى قد تقتصر في تأديتها لخدماتها على المنطقة المحلية الموجودة بها أم أنها تقدم خدماتها لأي فرد يتقدم إليها بغض النظر عن موطنه الأساسي.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول تأدية المستشفى الخاص لخدماته في المنطقة المحلية الموجودة بها.

جدول رقم (٩)

تقديم المستشفى للخدمة الطبية لاهالي المنطقة المحلية الموجوده بها	العدد	النسبة المئوية
نعم	١٣	٪ ٢٦
لا	٣٧	٪ ٧٤
المجموع	٥٠	٪١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن ٧٤٪ من العينة تؤكد أن المستشفيات الخاصة تقدم خدماتها لأي فرد يتقدم إليها بغض النظر عن موطنه الأساسي، وأن ٢٦٪ من العينة تؤكد أن المستشفيات الخاصة تقدم خدماتها للأفراد الموجودين في المنطقة المحلية الموجود بها تلك المستشفيات.

إن الخدمة الطبية يجب أن تقدم لأي فرد وفي أي مكان حيث أن الرعاية الصحية تعمل الدوله على توفيرها لكافة الأفراد في انحاء البلاد حيث أن هؤلاء الأفراد أحد مقومات التنمية فعن طريق الرعاية الصحية يتحول الأفراد من مرضى إلى أفراد أصحاء ويستطيعون المساهمة في الإنتاج وبالتالي المساهمة في التنمية الشاملة.

٨ - مدى استفادة إدارة المستشفى من خطط الأعوام السابقة عند وضع خطط الأعوام المقبله:

كما سبق القول أن التخطيط يقوم على التنبؤ بالمستقبل والاعداد لمواجهة ذلك المستقبل ولما كانت عملية التنبؤ هذه هي عملية تصورية وأن التنبؤات التي تتم لم تكن دقيقة لأن مرجعها الواحد القهار، ألا أن القائمين على التخطيط في كافة الأجهزة يرون أنه بالاضافة إلى تلك التنبؤات الاستفادة من خطط الأعوام السابقة والاسترشاد بها عند وضع خطط الأعوام المقبلة حتى يمكن تقليل الأخطاء الممكن وقوعها أثناء التنفيذ والسعي قدماً إلى تخفيف وقوعها إلى أدنى حد ممكن.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول مدى استفادة إدارة المستشفى من خطط الأعوام السابقة عند التخطيط للأعوام المقبلة.

جدول رقم (١٠)

استفادة إدارة المستشفى من خطط الأعوام السابقة عند التخطيط للأعوام المقبلة	العـدد	النسبة المئوية
نعـم	٤٦	٪ ٩٢
لا	٤	٪ ٨
المجمـوع	٥٠	٪١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن ٩٢٪ من العينة تؤكد استفادة المستشفيات الخاصة من خطط الأعوام السابقة عند التخطيط للأعوام المقبلة، وأن ٨٪ من العينة تؤكد أن المستشفيات الخاصة لا تستفيد من خطط الأعوام السابقة عند التخطيط للأعوام المقبله، إن الاستفادة من خطط الأعوام السابقة تساعد في أن تكون عملية التنبؤ دقيقة إلى حد ما وأن يكون التخطيط مبنى على آسس سليمه ويجنب المستشفيات الكثير من الاخطاء التي يمكن ان تقع فيها أثناء عملية التنفيذ.

- يتضح مما سبق أن وظيفة التخطيط بالمستشفيات الخاصة تمارس بطريقة غير علمية أو غير مدروسة إلى حد ما نتيجه لعدم وجود الوعي الكافي لدى القائمين على إدارة تلك المستشفيات، بالاضافة إلى أن مديرى تلك المستشفيات غير مؤهلين إدارياً ولا يدركون أهمية التخطيط وما يحققه لهم من فوائد وما يجنبهم من مخاصر قد تتعرض لها المستشفيات أثناء التنفيذ.

- كما يعتقد أصحاب المستشفيات الخاصة أن اشتراك العاملين في وضع الخطة بالمستشفيات إجراء من شأنه تدخل في أعمال ليست من اختصاصهم، وأنهم لم يكونوا على درايه كافية وعلم واسع بوضع الخطط. والحقيقة تخالف ذلك حيث أن العاملين في المستشفيات الخاصة أو في أي مشروع هم الذين يلمسون مشاكل التنفيذ والتي يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند وضع خطة العام الجديد، كما ان اشتراكهم في وضع الخطة يضمن للادارة تنفيذ ما جاء بها بكل دقة، وخلق شعور بالولاء نحوها.

- عدم وجود خطة مستقلة لكل قسم من الأقسام بالمستشفيات الخاصة على الرغم من أن وجود خطة مستقلة ضرورة تحتمها ظروف العمل، حيث يعمل القسم بناء على خطة ويتم محاسبة المسئولين في القسم عن أي انحراف عن الخطة أمر لا جدال فيه، فعدم وجود خطة مستقلة لكل قسم بالمستشفيات الخاصة يجعل العمل يسير إرتجالياً كما لا تستطيع الإدارة مساءلة أي من العاملين عن أي تقصير ما لم تكن هناك خطة محددة وواضحة وواقعية أي ممكنه التنفيذ.

- إن إدارة المستشفيات الخاصة تجنى الكثير من وراء عرض الخطة على العاملين بعد اعتمادها وبالرغم من هذا فإن القائمين على إدارة تلك المستشفيات لايؤمنون بذلك ويعتبرون أن الخطة وما بها من بيانات تعتبر سرية ولا يجب افشاؤها، على الرغم من أن عرض الخطة على العاملين بعد اعتمادها يكون بمثابة تحديد لما يجب أن يقوم به كل قسم بالمستشفى وتحديد لما يجب أن ينفذه كل فرد داخل هذا القسم. فعدم عرض الخطة على العاملين بعد اعتمادها يضعف الثقة بين العاملين والإدارة العليا بالمستشفى كما أنه يخلق لديهم شعور بعدم الولاء نحوها.

- عدم أخذ آراء العاملين في الاعتبار عند وضع الخطة يجعلهم يحسون بأنهم ليسوا أهلاً للثقة وأن مشاعرهم لم تحترم وأن رغبتهم لم تنفذ، وكل هذا ينعكس على المستوى الرعاية الطبية التي تقدم للمرضى والمصابين.

- عدم أخذ أراء المرضى في الاعتبار عند تقييم مستوى الخدمة الطبية المقدمه لهم، وحتى تكون الخطة مبنية على أسس سليمة لا بد أن تؤخذ آراء المرضى في الاعتبار كما حدث في العام الماضى من مشاكل ومعوقات للعمل حيث أن المرضى هم الذين يلمسون تقديم الخدمات الطبية بالاضافة إلى أنهم الوحيدين الذين يعبرون عن أي مشاكل تواجههم أثناء وجودهم بالمستشفيات.

- تكيف المستشفيات الخاصة مع البيئة الخارجية لكلي منها، وهذا من شأنه خلق سمعة طبية للمستشفى، الأمر الذي يترتب عليه تحقيق أرباح في الأجل الطويل.

- قيام أصحاب المستشفيات الخاصة بالتخطيط لمستشفياتهم بالاستعانة بمدير المستشفى ونائبه، دون اشتراك أي من العاملين في تلك المستشفيات. ويعتبر رأي مدير المستشفى ونائبه رأي استشاري وليس ملزم لصاحب المستشفى. فصاحب المستشفى الخاص يخطط وينفذ ما يتراىء له فقط.

- تأدية المستشفيات الخاصة لخدماتها لأي فرد يتقدم إليها بغض النظر عن موطنه الأساس، حيث أن الخدمة الطبية يجب أن تقدم لأي فرد وفي أي مكان، وذلك طبقاً لمبدأ رعاية الدولة للمواطنين من الناحية الصحية، وتهدف الدولة برعاية أفرادها من الناحية الصحية إلى علاجهم ووقايتهم من الأمراض وتحويلهم إلى أفراد منتجين بدلاً من أفراد يعانون من المرض حتى يستطيعون أن يساهموا في الانتاج وبالتالي في التنمية الشاملة بالدولة.

- إستفادة المستشفيات الخاصة من خطط الأعوام السابقة عند التخطيط للأعوام المقبلة، وقد لجأت المستشفيات الخاصة للاستفادة من خطط الأعوام السابقة عند وضع خطط للأعوام المقبلة، وذلك لجعل عملية التنبؤ دقيقة بقدر الامكان أو بناء الخطة الجديدة على أساس سليم، الأمر الذي يجنبها الكثير من الأخطاء التي يمكن أن تقع فيها أثناء عملية التنفيذ .

- استخدام التخطيط متوسط الأجل وقصير الأجل بنسبة كبيرة عن غيرهما من الأنواع الأخرى للتخطيط .

الفصل الثاني
التنظيم في المستشفيات الخاصة

إن التنظيم وسيلة وليس غاية في حد ذاته، فعن طريق التنظيم تستطيع المستشفى تحقيق أهدافها بدرجة عالية من الكفاءة، ولكي يتم تنظيم المستشفى يتم تجميع أوجه النشاط المتشابهة مع بعضها البعض ووضعها في مجموعات شاملة وتوضيح أهمية العلاقة بين تلك المجموعات مع بعضها البعض، أي وضع نظام للعلاقات منسق إدارياً لتحقيق هدف مشترك.

وفيما يلي نستعرض النواحي التنظيمية التي كشفت عنها الدراسة الميدانية بالمستشفيات الخاصة في مدينة جدة.

١ - **هناك عدة أنواع من التنظيم:** فيوجد التنظيم الرأسي ثم التنظيم الوظيفي، التنظيم المشترك، التنظيم الاستشاري، وعلى كل مستشفى أن تختار من بين هذه الأنواع ما يتناسب مع ظروفها وإمكانياتها، فكل نوع من هذه الأنواع له مزاياه وعيوبه.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول نوع التنظيم الإداري المطبق في المستشفيات الخاصة.

جـدول رقم (١١)

نوع التنظيم المطبق بالمستشفيات الخاصة	العـدد	النسبة المئوية
١ - التنظيم الرأسي.	١٢	٢٤ ٪
٢ - التنظيم الوظيفي.	٢٩	٥٨ ٪
٣ - التنظيم الاستشاري.	١	٢ ٪
٤ - التنظيم المشترك.	٨	١٦٪
٥ - أنواع أخرى مثل.	-	-
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٥٨٪ من العينة تؤكد أن التنظيم الوظيفي هو التنظيم المطبق في المستشفيات الخاصة، خلافاً إلى أن ٢٤٪ من العينة تؤكد أن التنظيم الرأسي هو التنظيم المطبق في المستشفيات الخاصة، وأن ١٦٪ من العينة تؤكد أن التنظيم المشترك هو التنظيم المطبق، وأن ٢٪ من العينة تؤكد أن التنظيم الاستشاري هو التنظيم المطبق.

هذا ويمكن القول بأنه في حالة تطبيق التنظيم الوظيفي فإن العامل أو للموظف أي الطبيب أو الممرضة سوف يتلقى أو تتلقى أوامر من جهتين أحدهما رئاسته المباشرة والثانية المسئول الفني مما يتسبب في تضارب الأوامر ويجعل الممرضة مثلاً في حيرة (أي من الأوامر تنفذ) خاصة إذا كانت تلك الأوامر متعارضة مع بعضها البعض. ولكي تتغلب إدارة المستشفى على مثل ذلك التعارض فإن مدير المستشفى عليه أن يعطى الأمر والتعليمات أولاً لرئيسة هيئة التمريض بالمستشفى ثم تقوم رئيسة هيئة التمريض بالمستشفى بابلاغ ذلك الأمر أو تلك التعليمات إلى الممرضة المختصة، هذا بالاضافة إلى منع إذدواج التبعية.

٢ - **دليل التنظيم**: هذا الدليل عبارة عن كتيب يحتوى على كافة المعلومات عن المستشفى (تكوينها - الأقسام الموجودة بها - عدد العاملين بها - علاقة الإدارات والأقسام ببعضها البعض) ولذلك فإنه في حالة ما استجد من الموظفين يجب أن تقدم لهم نسخة من الدليل لكي يتعرف كل منهم على كافة المعلومات عن المستشفى التي يعمل بها وعلاقتها بالمستشفيات الأخرى وعلاقتها بالبيئة المحلية التي تعمل فيها إضافة إلى علاقتها بالمستويات الإدارية العليا في الدولة. هذا ويوضح الجدول التالي أراء العنية حول توزيع دليل التنظيم على مختلف العاملين خاصة الجدد منهم بالمستشفيات الخاصة في مدينة جدة.

جدول رقم (١٢)

توزيع دليل التنظيم على العاملين بالمستشفيات الخاصة	العدد	النسبة المئوية
نعم	٢٢	٪ ٤٤
لا	٢٨	٪ ٥٦
المجموع	٥٠	٪١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن ٥٦٪ من العينة تؤكد أن المستشفيات الخاصة لا تقوم بتوزيع دليل التنظيم خاصتها على العاملين بها – خاصة الجدد منهم، وأن ٤٤٪ من العنية تؤكد أن المستشفيات الخاصة تقوم بتوزيع دليل التنظيم على كافة العاملين – خاصة الجدد منهم.

إن عدم توزيع دليل التنظيم على الأفراد العاملين بالمستشفيات الخاصة يجعل هؤلاء العاملين يعملون في تلك المستشفيات كأله ذو مسئولية محدودة لاتتعدى معرفة ما يحدث في المستشفى ولا عن أعمال يجب أن يعرفوا عنها أي معلومات تساعدهم في أداء أعمالهم – الأمر الذي يؤدي إلى تخبطهم في أعمالهم، مما يترتب عليه انخفاض مستوى الرعاية الطبية التي تقدم للمرضى والمصابين بتلك المستشفيات.

٣ – درجة تركيز السلطة في يد أصحاب المستشفيات الخاصة

يقصد بالسلطة أنها الحق الذي يمنح لشخص ما، والذي بموجبه يتمكن من الزام تابعية بأداء واجباتهم، ونظراً لأهمية السلطة في العمل الإداري، باعتبارها القوة التي تمنح صاحبها حق الولاية على غيرة، وأنها تعطى من يتمتع بها الحق في إصدار الأوامر والزام تابعية بطاعته والاستجابة إلى توجيهاته، والسلطة باعتبارها حق ممارسة الولاية، لابد وأن يقابلها واجب هو مسئولية صاحبها عن نتائج العمل الذي ولى عليه، وعلى ذلك فإن صاحب السلطة ملتزم بتقديم حساب لمن منحه هذه السلطة على أن يكون موضحاً في ذلك الحساب مدى وفاءة بالتزامه نحو العمل المعهود به إليه.

ومدى استخدامه للسلطه المخولة له. ولا ينبغي بأي حال من الأحوال أن يلقي عبء المسئولية على شخص ما، ما لم تتوفر له السلطة الكافية التي تمكنه من أداء واجباته والوفاء بمسئوليته.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول درجة تركيز السلطة في يد أصحاب المستشفيات الخاصة.

جـدول رقم (١٣)

درجة تركيز السلطة	العـدد	النسبة المئوية
١ – كبـيرة .	٤٢	٨٤ ٪
٢ – متوسـطة .	٦	١٢ ٪
٣ – ضعيفـة .	٢	٤٪
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٨٤٪ من العينة تؤكد أن درجة تركيز السلطة في أيدي أصحاب المستشفيات الخاصة كبيرة، وأن ١٢٪ من العينة تؤكد أن درجة تركيز السلطة في أيدى أصحاب المستشفيات الخاصة متوسط، وأن ٤ ٪ من العينة تؤكد أن درجة تركيز السلطة في أيدى أصحاب المنتشفيات الخاصة ضعيفة.

يتضح من هذا أن أصحاب المستشفيات الخاصة يركزون السلطة في أيديهم بدرجة كبيرة ولا يفوضوها لمديرى تلك المستشفيات، ففي كثير من الحالات نجد أن صاحب السلطة لا يملكها كاملة حيث نجدها في الغالب مقيدة بواسطة من هو أعلى منه رتبة في التنظيم، ومع هذا فإن المسئولية تظل كاملة على من هو في المستوى الإداري الادنى تجاه من يخضع له ممن يقع في المستوى الذي يعلوه. إن مديرى المستشفيات يحسون بالظلم لعدم تكافوء مسئوليتهم من السلطة الممنوحة لهم، لهذا فإنه من المفضل أن تحدد السلطات بعد تعيين المسئوليات وتحديد نطاقها، بحيث يمنح الشخص من السلطة قدراً كافياً يمكنه من القيام بواجبه.

٤ – التنسيق بين الفئات العاملة في المستشفيات الخاصه

يعتبر بعض كتاب الإدارة التنسيق أحد مراحل العملية الإدارية، والبعض الآخر يعتبره ضمن

التنظيم، وطبقاً للرأي الثاني فإن التنسيق بين أوجه النشاط المختلفة بالمستشفى من المهام الأساسية للتنظيم، حيث أن بعض الأعمال يترتب تنفيذها على إنجاز أعمال أخرى، وعلى ذلك لا بد من انجاز الأعمال الأولى قبل البدء في الثانية، كذلك فإن تحقيق أهداف المستشفى يتقضى تكامل مجموعات من الجهود المتخصصة، بحيث يعين بعضها البعض الأخر في تحقيق هدفه.

وفي العادة يتم التنسيق بين الأعمال عن طريق الإدارة العليا في المستشفى، أو عن طريق لجنة مشتركة تمثل فيها كافة الأجهزة المعنية بالمستشفى.

هذا ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول مدى وجود تنسيق بين الفئات المختلفة بالمستشفيات الخاصة.

جدول رقم (١٤)

وجود تنسيق بين الفئات المختلفة بالمستشفيات	العـدد	النسبة المئوية
نعـم	٤٦	٪ ٩٢
لا	٤	٪ ٨
المجمـوع	٥٠	٪١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن ٩٢٪ من العينة تؤكد وجود تنسيق بين الفئات المختلفة بالمستشفيات الخاصة، وأن ٨٪ من العينة تؤكد عدم وجود تنسيق بين الفئات المختلفة بالمستشفيات الخـاصة.

إن التنسيق أمر مهم للمستشفيات، لأن تلك المستشفيات لا تستطيع أن تحقق هدفها إلا في ظل تضافر جهود مختلف الفئات العاملة بتلك المستشفيات، كذلك يتم التنسيق لتحقيق الانسجام بين الأعمال التي يقوم بها الأفراد العاملين في هذه المستشفيات، وبالاضافة إلى هذا فإن التنسيق عملية مستمرة طوال استمرارية المستشفى.

وعملية التنسيق لا تقتصر على التنسيق بين الأفراد العاملين في المستشفيات، بل يجب أن تمتد لتشمل التنسيق بين أقسام الخدمات المعاونة بالمستشفيات ، لأنه كما سبق القول أن هناك أعمال يترتب تنفيذها على أعمال أخرى ، فيجب تنفيذ الأعمال الأولى لكي يتم تنفيذ الأعمال الثانية ، كذلك فإن تحقيق أهداف تلك المستشفيات لا يتم ألا عن طريق تحقيق التنسيق الكافي بين الأفراد العاملين ف هذه المستشفيات وبين أقسام الخدمات المعاونة في نفس المستشفيات وأن كان من الملاحظ أن التنسيق يتم بطريقة غير مكتوبة أي شفهية في تلك المستشفيات.

ويتم تحقيق ذلك التنسيق عن طريق الانتظام في عقد الاجتماعات بين مختلف الفئات العاملة بتلك المستشفيات ، حيث أنه في تلك الاجتماعات يتم طرح المشاكل التى تواجه كل فئة من الفئات العاملة بهذه المستشفيات ودراستها وإيجاد الحلول المناسبة لها ، كذلك يتم في هذه الاجتماعات طرح العقبات التي تقف أمام أي قسم من أقسام المستشفى في سبيل تحقيق هدفه ثم دراسة تلك العقبات وإيجاد الحلول المناسبة لها ، لأن المستشفيات لا تستطيع تحقيق أهدافها ألا عن طريق تحقيق أهداف الأقسام الفرعية بها.

٥ - مدى كفاية وكفاءة العاملين بالمستشفيات الخاصه

لكي تحقق المستشفيات الخاصة أهدافها ، لا بد من توفير عدة مقومات . وتلك المقومات هي (العنصر البشري - الامكانيات المادية - رأس المال .... إلخ) أي أن المستشفيات لا تستطيع أن تعمل بدون أفراد ، وقد قال في هذا أحد كتاب الإدارة أن المستشفى هي طبيب ، وبتعاون الأطباء مع باقي الفئات العاملة في المستشفى من ممرضات وفنيين وإداريين مع توافر باقي المقومات الأخرى تستطيع المستشفى أن تحقق هدفها بسهولة ويسر.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول مدى كفاية العاملين بالمستشفيات الخاصة.

جـدول رقم (١٥)

كفاية العاملين بالمستشفيات الخاصة	العـدد	النسبة المئوية
١ - كافيـة.	٤١	٨٢ ٪
٢ - إلى حد ما.	٩	١٨ ٪
٣ - غير كافية.	-	-
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٨٢٪ من العينة تؤكد أن عدد العاملين الموجودين بالمستشفيات الخاصة كافي لتقديم الخدمات الطبية للمرضى والمصابين الذين يتقدمون لمستشفياتهم أو يطلبوها في منازلهم لعدم قدرتهم على الذهاب للمستشفيات، وأن ١٨٪ من العينة تؤكد أن عدد العاملين الموجودين بالمستشفيات الخاصة كافي إلى حد ما.

يتضح من هذا أن عدد العاملين بالمستشفيات الخاصة من مختلف الفئات العاملة كافي لتقديم الخدمة الطبية للمرضى والمصابين. إلا أن هناك حقيقة وهي أن غالبية العاملين في تلك المستشفيات من مختلف الفئات أجانب أي من جنسيات مختلفة، على الرغم من أن عدد العاملين السعوديين يتزايد سنة بعد أخرى، وهذا يوضح لنا أن السياسة العامة للدولة تهدف إلى تحقيق الاكتفاء الذاتي من العاملين السعوديين في شتى المجالات المختلفة في الأجل الطويل.

أما من ناحية كفاءة العاملين بالمستشفيات الخاصة من مختلف الفئات، فإنها عالية أي أنهم من المتخصصين وذوى الخبرة في هذه المجالات، ألا أن المرضى يشكون من أن بعض الأطباء والممرضات من الاجانب لا يتكلمون اللغة العربية، وبالتالي فإن المرضى لايستطيعوا التفاهم معهم أو التعبير لهم

عما يحسون به من الام ، هذا بالاضافة إلى أن المرضى يتضايقون نفسياً من ذلك الوضع خاصة وأن الأجانب من مختلف الفئات العاملة بالمستشفيات الخاصة تمثل نسبة كبيرة بالنسبة لإجمالي عدد العاملين في تلك المستشفيات.

٦ - مدى وجود أدلة أرشادية بالمستشفيات الخاصة

تعتبر الأدلة الإرشادية من الموضوعات الهامة في المستشفيات، وقد تكون تلك الأدلة في شكل أسهم تشير إلى الأماكن المختلفة بالمستشفى وقد تكون في شكل رسومات أو يافطات ... إلخ، إن تلك الأدلة الإرشادية من شأنها مساعدة جمهور المرضى في التعرف على الأماكن التي يرغبون التوجه إليها بسهولة ودون عناء أومشقه فقد نجد أن هناك أسهم تشير إلى صيدلية المستشفى وأخرى تشير إلى المعمل وثالثة تشير إلى الأشعة ، ويفضل استخدام أكثر من نوع من الأدلة الإرشادية لكي تتناسب مع طبيعة وثقافة جمهور المرضى المترددين على المستشفى.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول مدى وجود إدلة إرشادية بالمستشفيات الخاصة.

جدول رقم (١٦)

وجود إدلة إرشادية بالمستشفيات الخاصة	العدد	النسبة المئوية
١ - موجودة.	٤٦	٪ ٩٢
٢ - إلى حد ما.	٤	٪ ٨
٣ - غير موجودة.	—	—
المجموع	٥٠	٪١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن ٩٢٪ من العينة تؤكد وجود إدلة إرشادية بالمستشفيات الخاصة في مدينة جدة، وأن ٨٪ من العينة تؤكد عدم وجود إدلة إرشادية بالمستشفيات الخاصة في مدينة جدة.

حقيقه لا يمكن اغفال الدور الذي تقوم به تلك الأدلة الإرشادية في التسهيل على المرضى أثناء تحركهم داخل المستشفى - الأمر الذي يترتب عليه رفع كفاءة الأداء بالمستشفيات وتوفير الراحة والاطمئنان للمرضى. وعلى إدارة المستشفى أن تختار من بين الأدلة الإرشادية المتاحة ما يتناسب مع البيئة التي توجد فيها المستشفى، فمثلاً لو كانت المستشفى في منطقة تكثر بها الأمية، يفضل في هذا الحالة استخدام الصور والرسومات بدلاً من الكتابة.

٧ - مدى عقد اجتماعات دورية بين مختلف الفئات العاملة وداخل كل فئة في المستشفيات الخاصة

على إدارة المستشفى أن تعقد إجتماعات دورية بين مختلف الفئات العاملة بها لمناقشة السياسة العامة للمستشفى والتعرف على المشاكل أو العقبات التى تعترض نظام العمل في كل قسم من أقسام المستشفى .وغير ذلك من الموضوعات التي تتعلق بمختلف الفئات العاملة بالمستشفى أو نظام العمل بها، هذا ويمكن أن تعقد إجتماعات دورية داخل كل فئة من الفئات العاملة في المستشفى كأن يعقد كبير الأطباء اجتماع للأطباء بالمستشفى أوأن تعقد رئيسة هيئة التمريض بالمستشفى اجتماع للمرضات أو أن يعقد رئيس الشئون الإدارية اجتماع للموظفين الإداريين بالمستشفى.

إن تلك الاجتماعات من شأنها تقوية الصلة بين إدارة المستشفى والعاملين بها من مختلف الفئات أو بين كبير الأطباء والأطباء بالمستشفى وبين رئيسة هيئة التمريض والممرضات. كما أنها تعتبر وسيلة فعالة لإصدار التعليمات الجديدة والاستماع إلى وجهات النظر حولها.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول مدى عقد اجتماعات دورية بين مختلف الفئات العاملة بالمستشفيات.

جدول رقم (١٧)

عقد إجتماعات دورية بين الفئات العاملة بالمستشفيات	العـدد	النسبة المئوية
نعـم	٢٥	٥٠ ٪
لا	٢٥	٥٠ ٪
المجمـوع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٥٠٪ من العينة تؤكد عقد اجتماعات بين مختلف الفئات العاملة بالمستشفيات الخاصة، وأن ٥٠٪ من العينة تؤكد عدم عقد إجتماعات بين مختلف الفئات العاملة بالمستشفيات الخاصة.

والحقيقة أن الـ ٥٠٪ من العينة الذين أكدوا عقد إجتماعات بين مختلف الفئات العاملة في المستشفيات الخاصة، يقولون إن تلك الاجتماعات غير منتظمة أي ليس لها وقت محدد، فقد يعقد اجتماع أو اثنين أو أكثر في خلال شهر معين، وقد لا يعقد أي اجتماع خلال شهر معين، فهذا يتوقف على ظروف العمل بالمستشفى ورأي إدارة المستشفى في ذلك ومدى الحاجة إلى تلك الاجتماعات.

وفيما يتعلق بعقد اجتماعات داخل كل فئة من الفئات العاملة بالمستشفيات الخاصة نجد أن ٥٦٪ من العينة تؤكد عقد إجتماعات داخل كل فئة من الفئات العاملة بالمستشفيات الخاصة وأن ٤٤٪ من العينة تؤكد عدم عقد إجتماعات داخل كل فئة بصفة منتظمة ويستدلون على ذلك بأنه كلما ظهرت الحاجة إلى عقد مثل هذه الاجتماعات. تعقد إجتماعات، لكن ليس هناك تواريخ محددة لعقد اجتماعات داخل كل فئة من الفئات العاملة بالمستشفيات الخاصة.

٨ - مدى تلقي مدير المستشفى تقارير عن نتائج تلك الاجتماعات

إن كل إجتماع يعقد يجب أن يعد عنه تقرير يتضمن كافة الموضوعات التي طرحت في هذا الاجتماع والقرار الذي اتخذ بشأن كل موضوع ثم يرسل التقرير إلى مدير المستشفى للاحاطة والعلم بما تم في الاجتماع، خاصة في حالة ما إذا كانت تلك الاجتماعات داخل الفئات المختلفة العاملة بالمستشفيات.

إن إعداد تقرير عن الاجتماعات التي تعقد سواء بمعرفة إدارة المستشفي أو سواء بمعرفة كبير الاطباء أورئيسة هيئة التمريض أورئيس الشئون المالية والإدارية يعتبر الوثيقة والمستند الذي يمكن الرجوع إليه عند الحاجة.

هذا ويجب أن تحفظ تلك التقارير بطريقة منظمة بحيث يسهل الرجوع إليها كلما تطلب الأمر ذلك. كما يجب أن يحاط علماً كل من له شأن في تلك التقارير ويوقع بالاستلام. كما يجب أن تكون تلك التقارير واضحة ومبسطة وممثلة للقرارات التي اتخذت حيال الموضوعات التي طرحت في الاجتماعات. حتى يسهل على مدير المستشفى أن يطلع عليها في وقت قليل، حيث أن لديه الكثير من الأعمال الفنية وغير الفنية.

ولذلك نجد أن بعض مديري المستشفيات يفضلون إعطاء ملخص لكل تقرير يقدم لهم نظراً لكثرة مشاغلهم والحقيقة أن اعطاء ملخص لمدير المستشفى يساعده على التعرف على ما يتضمنه التقرير في وقت قصير، على أن يكون ذلك الملخص وافي وواضح حتى يفي بالغرض المطلوب.

٩ - مدى انتظام الاطباء في العمل بالعيادات الخارجية

إن الانتظام في العمل من شأنه أن يرقى بمستوى الخدمة الطبية التي تقدم للمرضى والمصابين سواء كان ذلك الانتظام بالنسبة للاطباء أوالممرضات أو الفنيين أو الإداريين، وهذا الانتظام يأتي عن طريق الالتزام بالمواعيد المحددة والالتزام بالتواجد داخل الأماكن المخصصة لعمل كل منهم.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول مدى أنتظام الأطباء في العمل بالعيادات الخارجية.

جدول رقم (١٨)

انتظام الأطباء في العمل بالعيادات الخارجية	العدد	النسبة المئوية
١ - منتظمين.	٤٣	٨٦٪
٢ - إلى حد ما.	٧	١٤٪
٣ - غير منتظمين.	-	-
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٨٦٪ من العينة (كل من يشغل وظيفة إدارية أو يمارس مهنة الإدارة) تؤكد أن الأطباء منتظمين في العمل بالعيادات الخارجية، وأن ١٤٪ من نفس العينة تؤكد أن الأطباء ملتزمين إلى حد ما في العمل بالعيادات الخارجية.

ويرى أيضاً ٩٧٪ من العينة (المرضى) أن الأطباء منتظمين في العمل بالعيادات الخارجية، وأن ٣٪ من نفس العينة تؤكد أن الأطباء منتظمين إلى حد ما في العمل بالعيادات الخارجية.

هذا ولقد إتضح للباحث خلال الزيارات الميدانية للمستشفيات محل الدراسة أن الأطباء وغيرهم من العاملين بالمستشفيات الخاصة منتظمين في أعمالهم وملتزمين بالحضور والانصراف في المواعيد المقررة لهم، نظراً لأن كل منهم على مستوى علمي معين، هذا بالاضافة إلى أنهم من كبار السن وشعورهم بأن هذا الانتظام وذلك الالتزام هو السبيل لاحترام رؤسائهم لهم. كما أن العاملين من الجنسيات الأجنبية يقدسون الأنتظام في العمل والالتزام بالمواعيد المقررة.

١٠- من الذى يحدد السياسة العامة للمستشفى

ينبغي عند تحديد السياسة العامة للمستشفى إتاحة الفرصة لجميع العاملين للمشاركة في وضع تلك السياسة، حيث أن ذلك يتيح لهم ما هي سياسة المستشفى وما هي البرامج اللازمة لتنفيذ تلك السياسة، كما أن هذا يخلق شعور بالولاء نحو سياسة المستشفى من جانب العاملين. هذا ويتم تحديد السياسة العامة للمستشفى بعد تحديد الهدف الرئيسي للمستشفى وكذا الأهداف الفرعية بها. أي أن السياسة العامة للمستشفى تحدد في ضوء الهدف الرئيسي للمستشفى.

ويوضح الجدول التالي لآراء العينة حول من الذي يضع السياسة العامة للمستشفيات الخاصة.

جـدول رقم (١٩)

الذي يحدد السياسة العامة للمستشفى	العـدد	النسبة المئوية
١ – صاحب المستشفى.	٤	٨ ٪
٢ – مـدير المستشفى.	١٤	٢٨ ٪
٣ – صاحب المستشفى ومديرها ونائبه.	٢٦	٥٢
٤ – مـدير المستشفى ورؤساء الأقسام.	٦	١٢
٥ – مـدير المستشفى ومجموعة من العاملين في الفئات المختلفة	–	–
٦ – آخرون مثـل	–	–
المجموع	٥٠	٪١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن ٥٢٪ من العينة تؤكد أن الذى يحدد السياسة العامة للمستشفى هو صاحب المستشفى بالاشتراك مع مدير المستشفى ونائبه، وأن ٢٨٪ من العينة تؤكد أن الذي يحدد السياسة العامة للمستشفى هو مدير المستشفى، وأن ١٢٪ من العينة تؤكد أن الذي يحدد السياسة العاملة للمستشفى هو مدير المستشفى ورؤساء الأقسام بها، وأن ٨٪ من العينة تؤكد أن الذي يحدد السياسة العامة للمستشفى هو صاحب المستشفى فقط.

يتضح مما سبق إلى أن مدير المستشفى مشترك في تحديد السياسة العامة للمستشفى في كل الحالات. إلا أنه يمكن القول بأن رأي مدير المستشفى يعتبر رأي إستشاري بالنسبة لصاحب المستشفى. فصاحب المستشفى هو الذي يحدد الخطوط العريضة للسياسة العامة للمستشفى ثم يستشير مدير المستشفى في تلك الخطوط العريضة أويطلب صاحب المستشفى من مدير المستشفى وضع تصور مبدئي للسياسة العامة للمستشفى ثم عرضع عليه ومناقشته فيه، وبعد تحديد السياسة العامة للمستشفى توضح البرامج والخطط اللازمة لتنفيذ تلك السياسة عملاً على تحقيق الهدف النهائي للمستشفى.

وحول إختيار مجموعة من العاملين بالمستشفى للمشاركة في تحديد السياسة العامة للمستشفى نجد أن ٦٤٪ من العينة تؤكد عدم إختيار مجموعة من العاملين بالمستشفى للمشاركة في تحديد السياسة العامة للمستشفى، وأن ٣٦٪ من العينة تؤكد أنه يتم إختيار مجموعة من العاملين للمشاركة في تحديد السياسة العامة للمستشفى.

يتضح من هذا كله أن تحديد السياسة العامة للمستشفى الخاص يتم بمعرفة صاحب المستشفى ومدير المستشفى وكما سبق أن أوضحنا عاليه أن رأي مدير المستشفى إستشاري بالنسبة لصاحب المستشفى، بمعنى أنه يمكن الأخذ به أو عدم الأخذ به، وأن العاملين بالمستشفيات الخاصة من مختلف الفئات لا يشتركون في تحديد السياسة العامة للمستشفى.

إن إقتصار تحديد السياسة العامة للمستشفى على صاحبها أمر غير مفيد، لأن الله سبحانه وتعالى يقول «وأمرهم شورى بينهم». لذلك يفضل اشتراك المدير ونائبه ورؤساء الأقسام ومجموعة من العاملين في تحديد السياسة العامة للمستشفى ومناقشة الجدوى من اختلاف الأراء والوصول إلى نتيجة نهائية يغلب عليها طابع المنطق منطلقاً من الكافية والدراية العامة لكل من مدير المستشفى وصاحب المستشفى.

١١- نظام وإجراءات العمل بالمستشفيات الخاصة

يجب أن يكون هناك نظام وإجراءات محددة للعمل بالمستشفيات الخاصة، هذا ويجب أيضاً تعريف كافة العاملين خاصة الجدد منهم بذلك النظام وتلك الإجراءات.

كما يفضل دراسة نظام وإجراءات العمل من وقت لآخر للتعرف على مدى ملائمة ذلك النظام وتلك الإجراءات لظروف العمل بالمستشفى بالاضافة إلى اكتشاف أي عقبات تحد من فاعلية الاداء بالمستشفى، وتتم دراسة إجراءات العمل بفرض استبعاد الإجراءات غير الضرورية والتي لا تعود على العمل بالنفع والابقاء على الاجراءات الضرورية والتي لا يمكن الاستغناء عنها.

ويوضح الجدول التالي آراء العينة حول نظام وإجراءات العمل بالعيادات الخارجية.

جـدول رقم (٢٠)

نظام وإجراءات العمل بالعيادات الخارجية	العـدد	النسبة المئوية
١ - مناسبـة.	٣٤	٦٨ ٪
٢ - إلى حد ما.	١٥	٣٠ ٪
٣ - غير مناسبـة.	١	٢ ٪
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٦٨٪ من العينة تؤكد أن نظام وإجراءات العمل بالعيادات الخارجية في المستشفيات الخاصة مناسبه، وأن ٣٠٪ من العينة تؤكد نظام وإجراءات العمل بالعيادات الخارجية في المستشفيات الخاصة مناسبه إلى حد ما، وأن ٢٪ من العينة تؤكد أن نظام وإجراءات العمل بالعيادات الخارجية في المستشفيات الخاصة غير مناسبه.

هذا وقد إتضح للباحث أثناء الزيارات الميدانية للمستشفيات محل الدراسة عدم وجود هيكل تنظيمي في تلك المستشفيات، بالاضافة إلى عدم وجود قسم للاحصاء، وقسم للخدمة الاجتماعية، علماً بأن هذان القسمان غاية في الأهمية لأي مستشفى. فبالنسبة لقسم الأحصاء يتولى عمل إحصائيات عن كافة نواحي العمل المختلفة بالمستشفى، وتدون وتوضع في ملفات يمكن الرجوع إليها عند الحاجة، بالاضافة إلى الاسترشاد بما تم في سنوات سابقة عند التخطيط للسنوات المقبلة، وهذا الا يتأتى عن طريق البيانات الاحصائية. كما وجد الباحث في بعض المستشفيات أن مهمة الأحصاء مسنده إلى أحد موظفى قسم المحاسبة أو أحد موظفي قسم شئون العاملين. إن الاعتماد على أفراد غير متخصصين في مجال الاحصاء من شأنه إنخفاض كفاءة الاداء، حيث أن معضم القرارات اليوم تتخذ بناء على ما تظهره الدراسات الاحصائية، أما بالنسبة لقسم الخدمة الاجتماعية فهذا ضروري لكي يقوم بدراسة حالات المرضى والتعرف على مشاكلهم، حيث أن جزء من المرض يكون نفسى، ويقوم الاخصائي الاجتماعي أو الاخصائية الاجتماعية ببحث حالة كل مرض على حده وتخفيف حدة ألامه ورفع روحه المعنوية ومساعدته في الحصول على مايلزمه من المستشفى..... إلخ.

إن عدم وجود هيكل تنظيمي للمستشفيات الخاصة أمر في غاية الخطورة حيث أن الهيكل التنظيمي يحدد الواجبات والمسئوليات لكل الإدارات والأقسام المختلفة بالمستشفى، كما يحدد علاقة تلك الإدارات والأقسام ببعضها البعض، الأمر الذي يساعد على تحسين مستوى الخدمة الطبية التي تقدم للمرضى والمصابين والذي يعتبر الهدف الرئيسي للمستشفى:

فبدون تحديد للاختصاصات والمسئوليات تصبح الأمور غير مفيده وقليلة الانتاج، ولا يتأتى عن ذلك ألا إنخفاض مستوى الاداء بالمستشفى، الأمر الذي ينعكس سمعة المستشفى لدى المواطنين.

١٢- مدى سلامة وانتظام القيد بسجلات ودفاتر المستشفيات الخاصة

إن أي قرار يتخذ في المستشفى، يتم بناء على دراسات، ولكي تتم تلك الدراسات، يجب توافر بيانات كاملة عن نواحي العمل المختلفة بالمستشفيات يومياً، ولتوافر هذه البيانات، لابد من التسجيل في الدفاتر والسجلات الموجودة بتلك المستشفيات، ولكي تتوافر في هذه البيانات درجة عالية من الدقة، يجب التسجيل في تلك الدفاتر والسجلات بصفة منتظمة، ولكي تفي البيانات بكافة الاغراض المختلفة التي تطلب فيها يجب أن تكون تلك الدفاتر والسجلات مصممه بطريقة تسمح بذلك.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول مدى سسلامة وأنتظام القيد بسجلات ودفاتر المستشفيات.

جدول رقم (٢١)

سلامة وأنتظام القيد بسجلات ودفاتر المستشفيات الخاصة	العدد	النسبة المئوية
١ – منتظمة.	٤٦	٪ ٩٢
٢ – أحياناً.	٣	٪ ٦
٣ – غير منتظمة.	١	٪ ٢
المجموع	٥٠	٪١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن ٩٢٪ من العينة تؤكد أن القيد في دفاتر وسجلات المستشفيات يتم بصفة منتظمة، وأن ٦٪ من العينة تؤكد أن القيد في دفاتر وسجلات المستشفيات يتم بصفة منتظمة أحياناً، وأن ٢٪ من العينة تؤكد أن القيد في دفاتر وسجلات المستشفيات يتم بصفة غير منتظمة.

إن وجود نظام دقيق ومبنى على أسس علمية صحيحة للقيد في دفاتر وسجلات المستشفيات من شأنه تحسين مستوى الخدمات الطبية التي تقدم للمرضى والمصابين، هذا بالاضافة إلى الإسترشاد بتلك البيانات عند التخطيط للمستقبل، كما أنه لا يمكن دراسة تطور ظاهرة معينة في المستشفى، الا عن طريق توافر بيانات كافية عن تلك الظاهرة. كما أن الأنتظام في عمليات القيد بدفاتر وسجلات المستشفيات يجعل من السهل استخراج أي بيان يطلب من الموظف المسئول.

إلا أن الباحث قد لاحظ أثناء زياراته الميدانية للمستشفيات محل الدراسة أن عمليات القيد بدفاتر وسجلات المستشفيات لا تتم بطريقة منتظمة وخير دليل على ذلك أنه عندما طلب من المسئولين بتلك المستشفيات تعبئة استمارة جمع بيانات إحصائية عن مختلف نواحي العمل بالمستشفى، وجد أنهم لم ينتهوا من تعبئة الاستمارة خلال شهر أو أكثر، كما أنهم أوضحوا للباحث أن تلك البيانات تقريبية وليست هي الحقيقية.

والأن نتساءل كيف يصدر مدير المستشفى أو صاحب المستشفى قرار بناء على بيانات تقريبية؟ إن إصدار مثل هذه القرارات تكون نتائجها غير دقيقة لأنها بنيت على بيانات غير صحيحة. لذلك يجب تصميم سجلات معينة ودفاتر خاصة للعمل بالمستشفيات، على أن تتضمن تلك الدفاتر والسجلات كافة البيانات التي يتطلبها نظام العمل بالمستشفيات، والتنبيه على الموظفين المختصين بالقيد في تلك الدفاتر والسجلات بضرورة الانتظام في القيد بتلك الدفاتر والسجلات، وعدم إعطاء أي بيانات تقريبية، كذلك ينبه عليهم بأن من يعطى بيانات غير صحيحه أو غير دقيقة سيعرض نفسه للجزاء.

١٣- ظاهرة ازدواج السلطة في المستشفيات الخاصة

لما كانت السلطة هي الحق الذي يمنح لشخص معين، والذي بموجبه يلزم تابعية بأداء واجباتهم، فإننا نجد في المستشفيات المدير يعطي أوامر للممرضات مثلاً ثم يتلقون مرة ثانية أوامر من الطبيب المعالج ومرة ثالثة تعطيهم رئيسة هيئة التمريض بالمستشفى أوامر أخرى الأمر الذي يجعل الممرضة في حيرة - أي من الأوامر تنفذ عندما تتعارض تلك الأوامر مع بعضها البعض.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة فيما يتعلق بأي من الأوامر تنفذ الممرضة عندما تتعارض الأوامر الصادرة إليها.

جـدول رقم (٢٢)

أي من الأوامر تنفذ الممرضة عندما تتعارض الأوامر الصادرة إليها	العـدد	النسبة المئوية
١ - مـدير المستشفى.	٢٩	٥٨ ٪
٢ - الطبيب المعـالج.	١٥	٣٠ ٪
٣ - رئيسة هيئة التمريض بالمستشفى.	٦	١٢ ٪
المجمـوع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٥٨٪ من العينة تؤكد أن الممرضة تنفذ أوامر مدير المستشفى عندما تتعارض الأوامر الصادرة إليها من الطبيب المعالج ومن رئيسة هيئة التمريض بالمستشفى، وأن ٣٠٪ من العينة تؤكد أن الممرضة تنفذ أوامر الطبيب المعالج عندما تتعارض الأوامر الصادرة إليها من مدير المستشفى ورئيسة هيئة التمريض مع أوامر الطبيب المعالج، وأن ١٢٪ من العينة تؤكد أن الممرضة تنفذ أوامر رئيسة هيئة التمريض بالمستشفى عندما تتعارض الأوامر الصادرة إليها من مدير المستشفى والطبيب المعالج مع أوامر رئيسة هيئة التمريض. في الحقيقة إن ذلك الوضع يمثل مشكلة لإدارة المستشفى، ويجب أن تتخذ حلاً له فترى لجنة البحث أنه للقضاء على تلك المشكلة يجب اعطاء الأوامر للممرضة من خلال رئيسة هيئة التمريض سواء كانت تلك الأوامر صادرة من مدير المستشفى أو صادرة من الطبيب المعالج، حتى لا يكون هناك إذدواج في التبعية.

١٤- المشاكل التي تواجه المستشفيات الخاصة بصدد هيئة التمريض

إن أداء المستشفيات عبارة عن محصلة تفاعل جهود كل من الأطباء والممرضات والفنيين والإداريين، أي كافة العاملين بالمستشفيات. فلا يتصور أن هناك مستشفى ما تعمل بدون أطباء أو ممرضات أو فنيين أو إداريين.

وتعمل كل مستشفى على تدبير إحتياجتها من العاملين من مختلف الفئات عن طريق التعيين أو الندب، ولما كان سوق العمل السعودي لا يكفي لمواجهة متطلبات الأجهزة الموجودة بالمملكة، فإننا نجد أن معظم المستشفيات تعمل على تدبير احتياجتها من العاملين عن طريق الاستقدام من الدول المختلفة، هذا ويلاحظ أن سياسة الدولة في الوقت الحاضر تحد من الاستقدام من الدول المختلفة، والعمل على تحقيق الاكتفاء الذاتي من مختلف العاملين في شتى المجالات المختلفة. أي العمل على تدبير الكفاءات السعودية المؤهلة للقيام بتلك الأعمال في الأجهزة المختلفة بالمملكة.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول المشاكل التي تواجه المسشفيات الخاصة بصدد هيئة التمريض.

جـدول رقم (٢٣)

المشاكل التي تواجه المستشفيات الخاصة بصدد هيئة التمريض	العـدد	النسبة المئوية
١ – نقص في عددهم	٢٠	٪ ٤٠
٢ – إرتفاع مرتباتهم.	٢٠	٪ ٤٠
٣ – إنخفاض كفائتهم.	١٠	٪ ٢٠
٤ – أخرى مثل ________	–	–
المجموع	٥٠	٪١٠٠

يتضح من الجدول السابقة أن ٤٠٪ من العينة تؤكد أن من بين المشاكل التي تواجه المستشفيات الخاصة بصدد هيئة التمريض – نقص في عددهم ، وأن ٤٠٪ من العينة تؤكد أن من بين المشاكل التي تتاجه المستشفيات الخاصة بصدد هيئة التمريض ارتفاع مرتباتهم ، وأن ٢٠٪ من العينة تؤكد أن من بين المشاكل التى تواجه المستشفيات الخاصة بصدد هيئة التمريض – إنخفاض كفائتهم .

وفي الحقيقة أن هناك مشكلة أخرى تواجه المستشفيات الخاصة بصدد هيئة التمريض وهي أن غالبية هيئة التمريض بالمستشفيات الخاصة من الأجانب والذين لايتكلمون اللغة العربية ، مما ينتج عنه صعوبة التفاهم بين الممرضة والمريض.

وقد يلجأ أصحاب المستشفيات الخاصة إلى الأجانب من الجنسيات التي لا تتكلم اللغة العربية لانخفاض مرتباتهم عن الميرضات العربيات أي الذين يتكلمون اللغة العربية ، وقد تنعكس صعوبة التفاهم هذه على الحالة النفسية للمريض. لذا يفضل العمل على توفير الممرضات ممن ينطق اللغة العربية من الدول العربية الشقيقة.

١٥ – مدى وجود خطة لاستطلاع المرضى فى الخدمات التى تقدم لهم .

لكي تتحقق المستشفى من تحقيق أهدافها ، لا بد لها من أن تقيم الخدمات التي تقدمها للمرضى بصفة مستمرة ، وإذا كانت المستشفى ترغب في تقييم أدائها ككل فإنه يلزم استطلاع رأي الإدارة والعاملين والمرضى ، وذلك لاختلاف وجهة نظر كل منهم في عملية التقييم ، ولما كان المرضى أحد جوانب التقييم ، فإنه يلزم وجود خطة لإستطلاع أرائهم في الخدمات التي تقدم لهم

والجدول التالي يوضح مدى وجود خطة دورية لاستطلاع المرضى في الخدمات التي تقدم لهم .

جدول رقم (٢٤)

وجود خطة دورية لاستطلاع المرضى في الخدمات التي تقدم لهم	العدد	النسبة المئوية
١ – موجودة.	٢٨	٥٦ ٪
٢ – إلى حد ما.	١٢	٢٤ ٪
٣ – غير موجودة.	١٠	٢٠ ٪
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٥٦ ٪ من العينة تؤكد وجود خطة لاستطلاع المرضى في الخدمات التي تقدم لهم، وأن ٢٤ ٪ من العينة تؤكد أن خطة استطلاع المرضى في الخدمات التي تقدم لهم موجودة إلى حد ما ، وأن ٢٠ ٪ من العينة تؤكد أنه لم توجد خطة الاستطلاع المرضى في الخدمات التي تقدم لهم.

في الحقيقة يمكن القول أن الخطة إن كانت موجودة فهي موجودة شكلاً أي أنها لم تنفذ وحتي إذا نفذت فإنها لم تنفذ بصفة دورية.

إن أي عمل لا يمكن الحكم على مدى نجاحه ألا من خلال عملية التقيم، أي أن إدارة أي منشأة لكي تتأكد من تحقيقها لأهدافها، لا بد لها من أن تجرى عملية تقيم لاعمالها. ويجب أن تكون عملية التقيم هذه بصفة مستمرة لكي تتعرف هذه الادارة على نقاط القوة ونقاط الضعف، وتتخذ ما يلزم نحو علاج نقاط الضعف حتى لا يتكرر حدوثها مستقبلاً ويصبح من الصعب علاجها.

١٦- مدى توفر الامكانيات المادية اللازمة للعمل بالمستشفيات الخاصة :

تتضمن الامكانيات المادية بالمستشفيات الأسرة، الأجهزة والمعدات ... إلخ ولما كان تحقيق المستشفى لأهدافها يتأتى عن طريق تفاعل جهود كافة العاملين بتلك المستشفيات باستخدام الامكانيات المادية اللازمة للعمل في هذه المستشفيات. لهذا فإن الأمر يتقضى التعرف على مدى توفر تلك الامكانيات ومدى مقابلتها لمتطلبات التطور التكنولوجي وكذلك مدى توفر الأفراد المدربين للعمل على تلك الأجهزة الحديثة.

والجدول التالي يوضح مدى توفر الامكانيات المادية اللازمة للعمل بالمستشفيات الخاصة.

جـدول رقم (٢٥)

توفر الامكانيات المادية اللازمة للعمل بالمستشفيات الخاصة	العـدد	النسبة المئوية
١ – متوفرة .	٤٥	٪ ٩٠
٢ – أحيـانـاً .	٥	٪ ١٠
٣ – غير متوفرة .	–	–
المجموع	٥٠	٪١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن ٩٠٪ من العينة تؤكد أن الامكانيات المادية اللازمة للعمل بالمستشفيات متوفرة وتقابل متطلبات التطور التكنولوجي، وأن ١٠٪ من العينة تؤكد أن الامكانيات المادية اللازمة للعمل بالمستشفيات متوفرة أحياناً.

إن المستشفى بدون أسرة أو أجهزة ومعدات لا يمكن لها أن تعمل، إذاً فلا بد من توافر تلك الامكانيات المادية التي بإستخدامها الاستخدام السليم عن طريق كافة الأفراد العاملين في هذه المستشفيات كل في مجال تخصصه تتضافر الجهود وتعمل معاً نحو تحقيق الهدف النهائي للمستشفى.

١٧ - اماكن صيانة الاجهزة والمعدات بالمستشفيات الخاصه

لكي تؤدي الامكانيات المادية بالمستشفيات أو أي منشأة أخرى دورها بكفاءة عالية، فإنه يلزم عمل صيانة لتلك الامكانيات بصفة دورية، وأن تكون هناك خطة دورية لصيانة كافة الأجهزة والمعدات الموجودة بها بالمستشفى.

وعلى إدارة المستشفى أن تتأكد من تنفيذ خطة الصيانة في مواعيدها المحددة، هذا وقد تتطلب بعض الأجهزة والمعدات إجراء صيانة في غير مواعيدها المحددة. لذلك يفضل توافر أفراد مدربين ومؤهلين لصيانة الأجهزة والمعدات الموجودة بالمستشفيات.

ونظراً لإرتفاع تكاليف الصيانة، فإن بعض المستشفيات تنشأ قسماً خاصاً للصيانة، وبعض المستشفيات تفضل أن تتم عملية صيانة أجهزتها ومعداتها لدى مؤسسات أخرى متخصصة، وفريق ثالث يرى أن عملية الصيانة للأجهزة والمعدات تتم في ورش إصلاح وصيانة مركزية.

والجدول التالي يوضح مكان صيانة الأجهزة والمعدات بالمستشفيات الخاصة .

جـدول رقم (٢٦)

مكان صيانة الأجهزة والمعدات بالمستشفيات الخاصة	العـدد	النسبة المئوية
١ – في المستشفى (قسم صيانة).	٣١	٦٢ ٪
٢ – في ورش إصلاح وصيانة مركزية.	–	–
٣ – لدى الغير .	٧	١٤ ٪
٤ – في المستشفى ولدى الغير .	١٢	٢٤ ٪
٥ – أماكن أخرى مثل ________	–	–
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٦٢٪ من العينة تؤكد أن عملية صيانة الأجهزة والمعدات الموجودة بالمستشفيات تتم في قسم الصيانة في هذه المستشفيات، وأن ١٤٪ من العينة تؤكد أن العملية تتم لدى شركات متخصصة، وأن ٢٤٪ من العينة تؤكد أن عملية صيانة هذه الأجهزة والمعدات الموجودة بالمستشفيات الخاصة تتم في المستشفى ولدى الغير.

يتضح مما سبق أن المستشفيات الخاصة تقوم بعمل صيانة للأجهزة والمعدات الموجودة بها، وأن كل مستشفى تختار مكان الصيانة الذي تتناسب مع ظروفها وإمكانياتها . فمثلاً المستشفيات التي تقوم بعمل صيانة لأجهزتها ومعداتها . بمقرها قد تنظر لذلك من وجهة ضغط النفقات ، والواضح أن نسبة كبيرة من المستشفيات الخاصة بها قسم لصيانة الأجهزة والمعدات، وقد تلجأ بعض المستشفيات الخاصة إلى إجراء عملية صيانة الأجهزة والمعدات الموجودة بها لدى الغير في حالة عدم توفر الأفراد المؤهلين والمدربين على صيانة مثل تلك الأجهزة أو أن إدارة المستشفى ترى أن هذه الجهة متخصصة في صيانة تلك الأجهزة ...... إلخ .

يتضح من هذا الفصل ما يلي :-

- عدم وجود هياكل تنظيمية في بعض المستشفيات الخاصة.
- عدم ملائمة الهياكل التنظيمية في بعض المستشفيات للأوضاع التنظيمية الحالية.
- عدم وجود دليل تنظيم في بعض المستشفيات الخاصة.
- تركيز السلطة في أيدي أصحاب المستشفيات الخاصة بدرجة كبيرة.
- وجود درجة كبيرة من التنسيق بين الفئات المختلفة في المستشفيات الخاصة.
- وجود درجة كبيرة من التنسيق بين أقسام الخدمات المعاونة في المستشفيات الخاصة.
- عدم وجود عجز في القوى العاملة من مختلف الفئات في المستشفيات الخاصة.
- تمتع القوى العاملة في المستشفيات الخاصة بدرجة عالية من الكفاءة.
- وجود أدلة إرشادية في بعض المستشفيات الخاصةولكنها ليست كافية وأيضاً غير مناسبة.
- عقد اجتماعات بين مختلف العاملين في المستشفيات الخاصة، ولكنها ليست بصفة دورية.
- عقد إجتماعات داخل كل فئة من الفئات العاملة بالمستشفيات الخاصة ولكنها ليست بصفة دوريـة أيضـاً.
- إعداد تقارير عن نتائج الاجتماعات التي تعقد بالمستشفيات الخاصة ورفعها إلى مدير المستشفى.
- إنتظام الأطباء في العمل بالعيادات الخارجية بالمستشفيات الخاصة.
- أجمعت نسبة كبيرة من العينة على أن الذى يحدد السياسة العامة للمستشفى الخاص هو صاحبها بالاستعانة بمدير المستشفى ونائبه.
- عدم إختيار مجموعة من العاملين للمشاركة في تحديد أو وضع السياسة العامة للمستشفى.
- أجمعت نسبة كبيرة من العينة على أن نظام وإجراءات العمل بالمستشفيات الخاصة مناسبة.
- عدم وجود قسم للإحصاء في أغلب المستشفيات الخاصة.
- عدم وجود قسم للخدمة الاجتماعية في أغلب المستشفيات الخاصة.

- قيام أفراد غي متخصصين بأعمال الاحصاء في المستشفيات الخاصة كأن يسند مدير المستشفى أعمال الاحصاء في المستشفى إلى موظف في قسم شئون العاملين في المستشفى أو موظف بقسم الحسابات في المستشفى.
- وجود ظاهرة إذدواج السلطة في المستشفيات الخاصة.
- وجود بعض المشاكل التي تواجه إدارة المستشفى بصدد هيئة التمريض.
- وجود خطة لاستطلاع المرضى في الخدمات التي تقدم لهم ولكنها لم تنفذ وإذا نفذت فليست بصفة دورية أو منتظمة.
- توافر الامكانيات المادية اللازمة للعمل بالمستشفيات الخاصة.
- ملائمة الأجهزة والمعدات الموجودة بالمستشفيات الخاصة لمتطلبات التطور التكنولجي.
- أجمعت نسبة كبيرة على أن المستشفيات الخاصة تجرى صيانة أجهزتها ومعداتها في قسم الصيانة بها وأن نسبة لا يستهان بها ذكرت أن بعض المستشفيات تلجأ إلى صيانة أجهزتها ومعداتها لدى الغير في بعض الحالات.

* * *

الفصل الثالث

الرقابة في المستشفيات الخاصة

لا تختلف الرقابة في المستشفيات الخاصة عن الرقابة في أي منشأة ، فالرقابة بصفة عامة تقوم للتأكد من أن ما يتم أو تم مطابق لما هو مخطط ، والعمل على كشف الأخطاء ، وإتخاذ الإجراءات المصححة بشأنها.

- وهناك العديد من **الوسائل الرقابية** التي تختار المستشفيات الخاصة من بينها طبقاً لما يتناسب مع طبيعة العمل بها.

والجدول التالي يوضح الوسائل الرقابية المستخدمة في المستشفيات الخاصة ومدى استخدام كل منهم.

جدول رقم (٢٧)

الوسائل الرقابية	العدد	النسبة المئوية
١ - الملاحظة الشخصية .	٣٢	٦٤ ٪
٢ - التقارير .	٩	١٨ ٪
٣ - السجلات .	٩	١٨ ٪
٤ - محاسبة التكاليف .	-	-
٥ - وسائل أخرى مثل ــــــــــــ	-	-
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٦٤٪ من العينة تؤكد أن المستشفيات الخاصة تعتمد على الملاحظة الشخصية في مراقبة العاملين بها من جانب صاحب المستشفى والمدير ، وأن ١٨٪ من العينة تؤكد أن المستشفيات الخاصة تعتمد في مراقبة العاملين بها على التقارير التى تعد بمعرفة رؤساء الأقسام بهذه

المستشفيات ، وأن ١٨ ٪ من العينة تؤكد أن المستشفيات الخاصة تعتمد في مراقبة العاملين بها على السجلات التي يعمل بها هؤلاء العاملين.

يتضح مما سبق أن المستشفيات الخاصة تستخدم أكثر من وسيلة رقابية ، لكن استخدامها لكل وسيلة يختلف عن الأخرى ، فنجدها تعتمد بنسبة كبيرة على الملاحظة الشخصية في مراقبة العاملين بها ، بينما تعتمد بنسب متساوية على التقارير والسجلات في مراقبة العاملين بها، هذا بالاضافة إلى أن هناك وسائل رقابية أخرى لم تستخدمها المستشفيات الخاصة ، وهذا يرجع إلى أنها تختار من بين الوسائل الرقابية ما يتناسب مع ظروفها وطبيعة عملها.

- أنواع الرقابة في المستشفيات الخاصة

تنقسم الرقابة من حيث مصدرها إلى رقابة داخلية ورقابة خارجية والرقابة الداخلية هي التى تتم بمعرفة صاحب المستشفى أو المدير أو نائب المدير أو رؤساء الأقسام بالمستشفيات ، والرقابة الخارجية هي التي تتم بمعرفة جهات خارجية ، كأن تقوم وزارة الصحة مثلاً بالاشراف على المستشفيات الخاصة للتأكد من مستوى الخدمات التي تقدمها تلك المستشفيات. وهناك أيضاً رقابة تقوم بها جهات متخصصة.

ويوضح الجدول التالي أنواع الرقابة في المستشفيات الخاصة من حيث مصدرها.

جـدول رقم (٢٨)

أنواع الرقابة	العـدد	النسبة المئوية
١ - رقابة داخلية .	٤١	٨٢ ٪
٢ - رقابة خارجية .	٥	١٠ ٪
٣ - رقابة عن طريق جهات متخصصة .	٤	٨ ٪
٤ - أنواع أخرى من الرقابة - إذكرها .	-	-
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٨٢٪ من العينة تؤكد أن الرقابة التي تتم في المستشفيات الخاصة هي رقابة داخلية، وتتم هذه الرقابة بمعرفة صاحب المستشفى أو المدير أو نائب المدير أو رؤساء الأقسام، وتتم هذه الرقابة للتأكد من إنتظام العمل اليومي، وأيضاً للتحقق من أن ما تم تخطيطه هو الذي ينفذ فعلاً. وأن ١٠٪ من العينة تؤكد أن هناك نوع آخر من الرقابة على المستشفيات الخاصة وهي الرقابة الخارجية، وأن ٨٪ من العينة تؤكد أن هناك نوع آخر من الرقابة على المستشفيات الخاصة وهو الرقابة عن طريق الجهات المتخصصة.

يتضح من هذا أن الرقابة الداخلية في المستشفيات الخاصة هي التي تمثل نسبة كبيرة بالنسبة لباقي الأنواع الأخرى من الرقابة، وذلك لأن صاحب المستشفى يريد أن تحقق المستشفى أهدافها وتوفر له الأرباح المناسبة.

- مدى وجود معايير رقابية بالمستشفيات الخاصة تستخدم في عملية التقييم.

لكي تتم عملية الرقابة في أي منشأة من المنشآت، لا بد لها من وجود معايير تتم على أساسها عملية الرقابة، فعن طريق المعايير الرقابية يستطيع القائم بعملية التقييم الحكم على مدى كفاءة الأداء بالمستشفيات الخاصة. هذا بالاضافة إلى أن نتائج التقييم تكون موضوعية أي مبنية على أسس سليمة، فالتقييم الذي لا يستند إلى معايير رقابية تكون نتائجه غير دقيقة. وعلى واضع تلك المعايير مراعاة وضوحها ودقتها وأن تكون موضوعية وممكنة التطبيق.

ويوضح الجدول التالي مدى وجود معايير رقابية تتم على أساسها عملية الرقابة بالمستشفيات الخاصة.

جدول رقم (٢٩)

وجود معايير رقابية بالمستشفيات الخاصة	العدد	النسبة المئوية
نعم	٣٣	٦٦ ٪
لا	١٧	٣٤ ٪
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٦٦ ٪ من العينة تؤكد أن هناك معايير رقابية تتم على أساسها عملية الرقابة في المستشفيات الخاصة، وأن ٣٤ ٪ من العينة تؤكد أنه لا توجد معايير رقابية تستخدم في عملية الرقابة بالمستشفيات الخاصة.

وحول المعايير الرقابية المستخدمة في المستشفيات الخاصة نجد أن ٤٨ ٪ من العينة تؤكد أن المعايير الرقابية المستخدمة في عملية التقييم بالمستشفيات الخاصة معايير كمية وأن ٣٦٪ من العينة تؤكد أن المعايير الرقابية المستخدمة في عملية التقييم معايير وصفية، وأن ١٦ ٪ من العينة تؤكد أن المعايير الرقابية المستخدمة في عملية التقييم بالمستفيات الخاصة هي معايير كمية ووصفية (أي الاثنين معـاً).

إن المستشفيات الخاصة التي تعتمد في عملية التقييم بها على المعايير الكمية فقد لا تكون نتائج ذلك التقييم سليمة، لأن المعايير الكمية تصلح فقط لقياس الجانب الكمي، ولما كان هناك جانب آخر غير كمي في المستشفيات الخاصة متمثل في الظواهر الغير ملموسه لدى المرضى، فإن يصعب قياس تلك الظواهر باستخدام المعايير الكمية، ولذلك يجب مراعاة ذلك حتى تكون نتائج التقييم دقيقة وموضوعية أما المستشفيات الخاصة التي يتم عملية التقييم فيها على المعايير الوصفية فقط، فقد لاتكوننتائج ذلك التقيم دقيقة وذلك لوجود جانب كمي في المستشفيات يجب قياسه عن طريق المعايير الكمية مثل معدل دوران الأسرة، ونسبة أشغال الأسرة، متوسط مدة الاقامة، ومعدل ما يخدمه الطبيب من المرضى، ومعد ما تخدمه الممرضة من المرضى .... إلخ.

أم المستشفيات التي تستخدم المعايير الكمية والمعايير الوصيفية هي التي تكون نتائج التقييم بها دقيقة وموضوعية لأنها أخذت في الحسبان قياس الظواهر الملموسة والأخرى الغير ملموسة.

وحول المجالات التي تشملها عملية التقييم بالمستشفيات الخاصة إتضح أنها:

- مستوى الرعاية الطبية التي تقدم للمرضى - الامكانيات المادية - الخدمة الفندقية - الأفرد - أراء المرضى ... إلخ.

والجدول التالي يوضح بعض المعايير الكمية التي تستخدم في عملية تقيم الاداء بالمستشفيات.

يتضح من الجدول السابق أن بعض المعدلات في المستشفيات محل الدراسة متقاربة والبعض الآخر غير متقارب تماماً. هذا ولا توجد حتى الأن معدلات نمطية أو قياسية تستخدم في عملية تقييم الأداء بالمستشفيات بالاضافة إلى أن اختلاف طبيعة المرضى بكل قسم من الأقسام المختلفة في المستشفيات يتطلب إعداد معدلات خاصة لكل قسم، فقد تكون هناك حالات في داخل بعض الأقسام تستدعي اهتمام الأطباء والممرضات أكثر من غيرها.

وهذا كله يوضح لنا صعوبة العمل في المستشفيات نظراً لما تتميز به طبيعة العمل في هذا النوع من المنشآت. كما أن الباحث لم يتمكن من جمع بيانات إحصائية أكثر من هذا حتى يتمكن من استخراج بعض المعدلات الأخرى مثل معدل دوران السرير، ومتوسط مدة الاقامة، نسبه أشغال الاسرة.

وقد إجتهد بعض الكتاب في وضع معدلات يتم عن طريقها تقييم الاداء في المستشفيات وقد أطلقوا عليها «معدلات مقبولة أو متعارف عليها». ولكنها غير مبنية على أسس علمية، ولذلك لايعتد بها كأساس عند تقيم الاداء بالمستشفيات.

* * *

متابعة أعمال المستشفيات الخاصة

إن عملية متابعة أعمال المستشفى تعتبر مسئولية جميع العاملين بالمستشفى ، حيث أن كل فرد مسئول عن الأعمال المنوطه به ، وإذا كان ذلك الفرد رئيساً لقسم فإنه يعتبر مسئولاً عن أعمال تابعية .

وإذا كانت السلطة تفوض، فإن المسئولية لا تفوض بمعنى أنه إذا فوض مدير المستشفى نائبه في بعض الاختصاصات، فإنه لا تقع عنه المسئولية عن تلك الاختصاصات التي فوضها لنائبه، هذا بالاضافة إلى الاختصاصات التي يحتفظ بها لنفسه.

ويوضح الجدول التالي أراء العينة حول مسئولية متابعة أعمال المستشفيات الخاصة.

جدول رقم (٣٠)

مسئولية متابعة أعمال المستشفيات الخاصة	العدد	النسبة المئوية
١ - صاحب المستشفى .	٢٥	٥٠ ٪
٢ - مدير المستشفى .	١٥	٣٠ ٪
٣ - نائب المدير .	٦	١٢ ٪
٤ - رؤساء الأقسام بالمستشفى .	٤	٨ ٪
٥ - مسئولون آخرون مثل - إذكرهم	-	-
المجموع	٥٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق أن ٥٠ ٪ من العينة تؤكد أن صاحب المستشفى الخاص هو الذي يقع عليه العبيء الأكبر في عملية متابعة أعمال المستشفى، وأن ٣٠ ٪ من العينة تؤكد أن مسئولية متابعة أعمال المستشفى تقع على كاهل مدير المستشفى، وأن ١٢ ٪ من العينة تؤكد أن متابعة أعمال المستشفى يقوم بها نائب مدير المستشفى، وأن ٨ ٪ من العينة تؤكد أن مسئولية متابعة أعمال المستشفى تقع على كاهل رؤساء الأقسام المختلفة بالمستشفى.

وفي الحقيقة يجب أن يشارك جميع العاملين بالمستشفيات في عملية المتابعة عن طريقة أداء كل منهم للأعمال المنوطه به وذلك في حالة كونه مرؤساً، أما إذا كان رئيساً لقسم أو يشغل وظيفة إدارية فإنه يقع عليه متابعة أعمال مرؤوسيه، حيث أنه سيحاسب عن أي تقصير في قسمه أو إدارته، كما أنه يعرض نفسه للتحقيق أو الاستفسار في حالة عدم إنجاز الأعمال على الوجه المطلوب.

إلا أنه من الواضح بالجدول رقم (٣٠) أن صاحب المستشفى الخاص هو الذي يقع عليه العبء الأكبر في عملية المتابعة، يليه في ذلك مدير المستشفي ثم نائب المدير ثم رؤساء الأقسام.

إن أي فرد لا يستطيع وحده القيام بمتابعة أعمال الاعداد الكبيرة من العاملين في الأقسام المختلفة بالمستشفيات، مهما أوتى ذلك الفرد من قوة وقدرة على العمل، حيث أن هناك أعمال أخرى تقع على كاهله، وأن عملية المتابعة تقع ضمن الاختصاصات المنوطه به. لذلك يجب أن يشارك مدير المستشفى ونائبه ورؤساء الأقسام بها في عملية المتابعة مع صاحب المستشفى بدرجة كبيرة هذا بالاضافة إلى أنه كلما كانت الاختصاصات واضحة ومحددة كلما سهلت عملية المتابعة.

نستنتج من هذا الفصل أن :-

١ - إستخدام المستشفيات الخاصة لأكثر من وسيلة من الوسائل الرقابية.

٢ - الاعتماد على الملاحظة الشخصية كوسيلة رقابية بدرجة كبيرة عن غيرها من الوسائل الرقابية الأخرى.

٣ - وجود رقابة داخلية وخارجية ورقابة عن طريق الجهات المتخصصة على المستشفيات الخاصة.

٤ - تعتمد المستشفيات الخاصة على الرقابة الداخلية بنسبة كبيرة عن غيرها من أنواع الرقابة الأخرى.

٥ - وجود بعض معايير رقابية تتم على أساسها عملية الرقابة في المستشفيات الخاصة.

٦ - تشمل عملية التقييم بالمستشفيات الخاصة المجالات التالية :-

- مستوى الرعاية الطبية التي تقدم للمرضى والمصابين.
- الامكانيات المادية .
- الخدمة الفندقية (التغذية - نظافة الحجرات - إعداد وترتيب الأسرة).
- الأفـراد .... إلخ .
- أراء المرضى .

٧ - عد الانتظام في القيام بعملية التقيم أي أنه لم تكن هناك فترات محددة يتم فيها التقييم من كل سنة

٨ - المستشفى (د) من المستشفيات محل الدراسة انشئت في ابريل سنة ١٩٨٢م ولذلك لم تتوفر للباحث أي بيانات إحصائية، ألا أن ذلك المستشفى اشترك في عملية الاستقصاء التي وزعت على المستشفيات الخاصة بجدة.

٩ - المستشفى (ز) من المستشفيات محل الدراسة لم توافق إدارتها على اعطاء أي بيانات إحصائية، على الرغم من أنها اعدت جميع استمارات الاستقصاء التي وزعت بالمستشفى.

١٠- هناك بعض البنود غير مستكملة بالجدول رقم (٣٠) لعدم توفر البيانات الاحصائية الخاصة بذلك البند.

١١- عدم توفر بعض البيانات الاحصائية الخام التي يمكن استخراج بعض المعدلات منها، مثل معدل دوران السرير، ومتوسط مدة الاقامة، ونسبة اشغال الاسرة.

١٢- اشتراك صاحب المستشفى والمدير ونائبه ورؤساء الأقسام في عملية متابعة أعمال المستشفى بدرجة بسيطة.

١٣- يقع على كاهل صاحب المستشفى العبء الأكبر في عملية متابعة أعمال المستشفى.

* * *

النهضة للمعدات الطبية والعلمية

تقدم أحدث الأجهزة والمعدات الطبية ولوازم المختبرات
وأثاث المستشفيات ، لوازم الاستخدام لمرة واحدة

استعداد تام لتأثيث المستشفيات والعيادات



شركة النهضة الطبية

النهضة للمعدات الطبية والعلمية

جدة : باب مكة - ت : ٦٤٣٥٨١٠ / ٦٤٢٦٦٨٥

جدة . ت : ٦٤٣١٧٩٠ — الرياض . ت ٤٠١١٨٢٩ — الدمام . ت ٥٤٠٦٤٠٨٢٦



الباب الرابع

الخلاصة والتوصيات

الفصل الأول الخلاصة

الفصل الثاني التوصيات

الفصل الاول

الخلاصة

بعد أن إستعرضنا في الباب الثالث من هذا البحث أساليب ممارسة الوظائف الإدارية بالمستشفيات الخاصة. نعرض فيما يلي خلاصة ما تقدم أو خلاصة ما أظهرته الدراسة الميدانية بالمستشفيات الخاصة في جدة.

ففي مجال ممارسة الوظيفة الأولى للإدارة وهي وظيفة التخطيط اتضح مايلي:

- ممارسة وظيفة التخطيط بطريقة غير علمية أو غير مدروسة إلى حد ما، نتيجة لعدم وجود الوعي الكافي لدى القائمين على إدارة تلك المستشفيات.
- عدم اشتراك العاملين بالمستشفيات الخاصة في وضع الخطة.
- عدم وجود خطة مستقلة لكل قسم من الأقسام المختلفة بالمستشفيات الخاصة .
- عدم عرض الخطة على العاملين بعد اعتمادها.
- عدم أخذ أراء العاملين في الاعتبار عند وضع الخطة.
- عدم أخذ أراء المرضى في الاعتبار عند تقييم مستوى الخدمات الطبية التي تقدم لهم.
- تكيف المستشفيات الخاصة بمدينة جدة مع البيئة الخارجية لكل منها بدرجة عالية .
- استفادة المستشفيات الخاصة من خطط الأعوام السابقة عند التخطيط للأعوام المقبلة.
- تقديم الخدمة الطبية لأي فرد يتقدم للمستشفى بغض النظر عن موطنه الأساسي.
- قيام صاحب المستشفى الخاص بالتخطيط لمستشفياة بالاستعانة بمدير المستشفى ونائبه.
- إفتقار أصحاب المستشفيات الخاصة للأسس العلمية في التخطيط هذا بالاضافة إلى أن هذا المجال يحتاج إلى خبراء متخصصين في التخطيط لأنه يعتبر أهم مرحلة في مراحل العملية الادارية وتبنى عليه جميع المراحل الإدارية الأخرى.

- اعتماد المستشفيات الخاصة على التخطيط متوسط الأجل والتخطيط قصير الأجل بنسبة كبيرة عن غيرهما من الأنواع الأخرى للتخطيط.
- عدم توفر بيانات كافية يمكن الاعتماد عليها في عملية التخطيط.

أما في مجال ممارسة الوظيفة الثانية للإدارة وهي التنظيم • فقد اتضح ما يلي :

- إفتقار بعض المستشفيات الخاصة إلى وجود هياكل تنظيمية.
- عدم ملائمة الهياكل التنظيمية في بعض المستشفيات الخاصة للأوضاع التنظيمية الحالية.
- عدم وجود دليل تنظيم في اغلب المستشفيات الخاصة.
- تركيز السلطة في أيدى أصحاب المستشفيات الخاصة بدرجة كبيرة.
- وجود درجة كبيرة من التنسيق بين الفئات المختلفة في المستشفيات الخاصة.
- عدم وجود عجز في القوى العاملة من مختلف الفئات العاملة بالمستشفيات الخاصة.
- تمتع القوى العاملة في المستشفيات الخاصة بدرجة عالية من الكفاءة.
- وجود أدلة إرشادية في بعض المستشفيات الخاصة دون البعض الآخر.
- عدم وجود اجتماعات دورية بين مختلف العاملين في المستشفيات الخاصة.
- عدم وجود اجتماعات دورية داخل كل فئة من الفئات العاملة بالمستشفيات الخاصة.
- اعداد تقارير عن نتائج الاجتماعات التي تعقد ورفعها إلى مدير المستشفى.
- إنتظام الاطباء في العمل بالعيادات الخارجية في المستشفيات الخاصة.
- تحديد السياسة العامة للمستشفيات الخاصة عن طريق أصحابها بالاستعانة بمدير المستشفى أو نائبه.
- عدم إختيار مجموعة من العاملين للمشاركة في وضع السياسة العامة للمستشفى.

- عدم وجود قسم للاحصاء في أغلب المستشفيات الخاصة.
- عدم وجود قسم للخدمة الاجتماعية في أغلب المستشفيات الخاصة.
- قيام أفراد غير متخصصين بأعمال الاحصاء في المستشفيات الخاصة.
- وجود ظاهرة إذدواج السلطة في المستشفيات الخاصة بصفة عامة.
- وجود بعض المشاكل التي تواجه إدارة المستشفيات الخاصة بصدد هيئة التمريض مثل عدم توفير العدد الكافي من الممرضات ممن ينطقن العربية مما يجعل هناك صعوبة في تعاملهم مع المرضى.
- وجود خطة لاستطلاع المرضى في الخدمات التي تقدم لهم، ولكنها ليست بصفة دورية.
- توافر الامكانيات المادية اللازمة للقيام بالعمل في المستشفيات الخاصة.
- ملائمة الأجهزة والمعدات الموجودة بالمستشفيات الخاصة لمتطلبات التطور التكنولجي.
- صيانة الأجهزة والمعدات الموجودة بالمستشفيات الخاصة في قسم الصيانة بالمستشفى ولدى الغير في بعض الحالات.

أما في مجال ممارسة الوظيفة الثالثة وهي الرقابة فقد اتضح ما يلي :-

- تعتمد المستشفيات الخاصة على أكثر من وسيلة من الوسائل الرقابية في عملية الرقابة.
- الاعتماد على الملاحظة الشخصية كإحدى الوسائل الرقابية بدرجة كبيرة عن غيرها من الوسائل الرقابية الأخرى.
- الاهتمام بالرقابة الداخلية في المستشفيات الخاصة أكثر من غيرها من الأنواع الأخرى للرقابة.
- وجود بعض المعايير الرقابية التي تستخدم في عملية التقيم بالمستشفيات الخاصة.
- تشمل عملية التقيم بالمستشفيات الخاصة المجالات التالية :-
  - مستوى الرعاية الطبية التي تقدم للمرضى والمصابين.
  - الامكانيات المادية.
  - الخدمة الفندقية.
  - الأفراد.
  - أراء المرضى.

- القيام بعملية التقييم في المستشفيات الخاصة بصفة غير منتظمة.
- عدم توفر البيانات الاحصائية المتعلقة بموضوع البحث في إحدى المستشفيات محل الدراسة، ورفض إحدى المستشفيات لإعطاء أي بيانات إحصائية، رغم تجاوبهم في عملية الاستقصاء.
- عدم توفر بعض البيانات الاحصائية الخام التي يمكن استخراج بعض المعدلات منها مثل معدل دوران السرير، ومتوسط مدة الاقامة، ونسبة اشغال الأسرة.
- اشتراك صاحب المستشفى والمدير ونائبه ورؤساء الأقسام في عملية متابعة أعمال المستشفى.
- يقع على كاهل صاحب المستشفى الخاص العبيء الأكبر في عملية متابعة أعمال المستشفى.

★ ★ ★

الفصل الثانى

التوصيات

بعد أن إستعرضنا في الفصل السابق خلاصة ما أظهرته الدراسة الميدانية للمستشفيات محل الدراسة نعرض فيما يلي توصيات لجنة البحث والتي بنيت على نتائج ذلك البحث .

اولاً : التوصيات المتعلقة بالتخطيط فى المستشفيات الخاصه

١ – ضرورة مراعاة اتباع الأسس العلمية في التخطيط بصفة عامة والتخطيط في المستشفيات بصفة خاصة .

٢ – العمل على اشتراك العاملين بالمستشفيات الخاصة في وضع الخطة عن طريق المشاركة في وضع خطة القسم الذي يعلمون به وبالتالي تجمع تلك الخطط لتتكون منها الخطة العامة للمستشفى .

٣ – ضرورة وجود خطة مستقلة لكل قسم من الأقسام المختلفة بالمستشفيات الخاصة .

٤ – وضع أراء العاملين في الاعتبار عند وضع الخطة .

٥ – اسناد مهمة التخطيط في المستشفيات الخاصة إلى أفراد متخصصين وذوى خبرة كبيرة في هذا المجال مع مراعاة الإلمام بمتطلبات العمل في المستشفيات .

٦ – العمل على توفير قدر كاف من البيانات ، بحيث يمكن الاعتماد عليه في عملية التخطيط .

٧ – مراعاة تنفيذ خطة استطلاع المرضى في الخدمات التي تقدمها لهم بصفة دورية .

٨ – مراعاة أن تكون الخطة مرنة حتى تتلائم مع ما يستجد من ظروف .

ثانياً : التوصيات المتعلقه بالتنظيم فى المستشفيات الخاصه

١ – ضرورة وجود هياكل تنظيمية للمستشفيات الخاصة .

٢ – دراسة الهيكل التنظيمي للمستشفيات الخاصة من وقت لآخر للتعرف على مدى ملائمته لظروف العمل بالمستشفى.

٣ – العمل على إيجاد دليل تنظيمي لكل مستشفى خاص.

٤ – مراعاة عدم تركيز السلطة في أيدى أصحاب المستشفيات الخاصة بدرجة كبيرة.

٥ – العمل على وضع أدلة إرشادية كافية ومناسبة في كل مستشفى.

٦ – العمل على عقد إجتماعات دورية بين مختلف الفئات العاملة في المستشفيات الخاصة بصفة دورية.

٧ – العمل على عقد إجتماعات دورية داخل كل فئة من الفئات العاملة بالمستشفيات الخاصة.

٨ – ضرورة إنشاء قسم للإحصاء بالمستشفيات الخاصة وتزويده بالعدد الكافي من الأفراد المتخصصين في هذا المجال.

٩ – ضرورة إنشاء قسم للخدمة الاجتماعية بالمستشفيات الخاصة وتزويده بالأفراد المؤهلين لهذا العمل.

١٠ – القضاء على ظاهرة إزدواج السلطة في المستشفيات الخاصة عن طريق اعطاء الأوامر التعليمات لرئيس أو رئيسة كل فئة وليس للأفراد أنفسهم.

١١ – العمل على توفير العدد الكافي من اعضاء هيئة التمريض ممن ينطقن اللغة العربية.

١٢ – دراسة احتياجات العمل من وقت لآخر لمعرفة مدى ملائمة عدد العاملين في كل قسم لعدد المرضى المترددين على ذلك القسم.

ثالثا ، التوصيات المتعلقة بالرقابه فى المستشفيات الخاصه

١ – ضرورة توفير قدر كاف من البيانات يساعد في عملية الرقابة بالمستشفيات الخاصة.

٢ – مراعاة القيام بتقييم الاداء في المستشفيات الخاصة بصفة منتظمة.

٣ – ضرورة الاعتماد على الاسلوب الكمى والاسلوب الوصفي عند تقيم الاداء في المستشفيات الخاصة.

٤ – مراعاة أن تتم الرقابة في ضوء ما تم تخطيطه مسبقاً.

والله ولي التوفيق ....

الملاحق

الملحق رقم ١ استمارة استقصاء لمديري المستشفيات ووكلائها ورؤساء الأقسام المهنية بها

الملحق رقم ٢ استمارة استقصاء للمرضى بالمستشفيات

الملحق رقم ٣ استمارة جمع بيانات إحصائية من المستشفيات محل الدراسة عن النواحي الكمية في نشاط تلك المستشفيات

الملحق رقم ١

استمارة استقصاء

لمديري المستشفيات ووكلائها ورؤساء الأقسام المهنية بها للتعرف على مدى تطبيق الأصول العلمية في إدارة المستشفيات

ضع علامة ✓ أمام احدى الاجابات الموضحة أمام كل سؤال.

س ١ : ما هي أهـداف المستشفى ؟

- تحقيق الربح ( )
- تقديم اقصى خدمة طبية للمرضى ( )
- البحوث والتدريب ( )
- التعـليم ( )
- تقديم خدمات الوقاية للبيئة ( )

س ٢ : هل يحدث تعارض بين كل من :

- مدير المستشفى والمدير المالي بها نعم ( ) لا ( )
- مدير الشئون الفنية والمدير المالي بالمستشفى نعم ( ) لا ( )
- مدير شئون العاملين بالمستشفى والمدير المالي بها نعم ( ) لا ( )

س ٣ : ما هي الاجراءات التي تتخذها المستشفى في حالة ظهور أي نوع من التعارض بين الأهداف الفرعية وبعضها فيها ؟

....
....
....
....
....
....

س ٤ : ما نوع التخطيط الذي تفضله المستشفى ؟

- تخطيط طويل الأجل أي لمدة عشر سنوات فأكثر ( )
- تخطيط متوسط الأجل من سنة حتى ٥ سنوات ( )
- تخطيط قصير الأجل أقل من سنة ( )
- تخطيط لمواجهة مواقف طارئة ( )

س ٥ : ما مدى مساهمة إدارة المستشفى في وضع الخطة بها؟

- كبير ( )
- متوسط ( )
- صغير ( )

س ٦ : هل لكم قسم بالمستشفى خطة مستقلة به ؟

نعم ( ) لا ( )

س ٧ : هل تعرض الخطة عل العاملين بعد اعتمادها ؟

نعم ( ) لا ( )

س ٨ : هل تؤخذ في الاعتبار آراء العاملين عند وضع الخطة ؟

نعم ( ) لا ( )

س ٩ : هل تأخذ إدارة المستشفى آراء المرضى في الاعتبار عند تقييم مستوى الخدمات الطبية المقدمة لهم ؟

نعم ( ) لا ( )

س ١٠ : ما هي درجة تكيف المستشفى مع بيئتها الخارجية ؟

- كبيرة ( )
- متوسطة ( )
- ضعيفة ( )

س ١١ : كيف تدار المستشفى ؟

- عن طريق مجلس إدارة .
- عن طريق صاحب المستشفى .
- عن طريق مدير المستشفى .
- عن طريق الاثنين معاً .

س ١٢ : في حالة إدارة المستشفى عن طريق مجلس إدارة هل يمثل مختلف العاملين في ذلك المجلس؟

نعم (   )   لا (   )

س ١٣ : هل تقتصر المستشفى في أدائها لخدماتها على المنطقة المحلية الموجودة بها فقط؟

نعم (   )   لا (   )

س ١٤ : هل تستفيد إدارة المستشفى من خطط الأعوام السابقة عند وضع خطط الأعوام المقبلة؟

نعم (   )   لا (   )

س ١٥ : ما نوع التنظيم الإداري المطبق بالمستشفى؟

- التنظيم الرأسي .
- التنظيم الوظيفي .
- التنظيم الاستشاري .
- التنظيم المشترك .
- أنواع أخرى مثل :

س ١٦ : هل تم توزيع دليل التنظيم على مختلف العاملين بالمستشفى خاصة الجدد منهم ؟

نعم (   )   لا (   )

س ١٧ : ما هي درجة تركيز السلطة في يد مدير المستشفى ؟
- كبيرة
- متوسطة
- ضعيفة

س ١٨ : هل يوجد تنسيق بين مختلف الفئات العاملة بالمستشفى ؟
نعم ( ) لا ( )

س ١٩ : ما هي درجة التنسيق بين أقسام الخدمات المعاونة بالمستشفى ؟
- كبيرة
- متوسطة
- ضعيفة

س ٢٠ : هل نطاق الاشراف للاطباء والممرضات واحد في كافة الأقسام المختلفة بالمستشفى؟
نعم ( ) لا ( )

س ٢١ : ما رأيك في مستوى الرعاية الطبية التي تقدم للمرضى ؟
- ممتازة .
- جيدة .
- متوسطة .
- ضعيفة .

س ٢٢ : هل تعقد اجتماعات دورية بين مختلف الفئات العاملة بالمستشفى ؟
نعم ( ) لا ( )

س ٢٣ : هل تعقد اجتماعات دورية داخل كل فئة من الفئات العاملة بالمستشفى ؟
نعم ( ) لا ( )

س ٢٤ : هل يتلقى مدير المستشفى تقارير دورية عن نتائج الاجتماعات التي تعقدها كل فئة من مختلف الفئات العاملة بالمستشفى ؟
نعم ( ) لا ( )

س ٢٥ : ما هي درجة استعداد المستشفى لمقابلة الحالات الطارئة؟
- كبـــيرة
- متوســطة
- ضعيفـــة

س ٢٦ : هل يحاط مدير المستشفى بمستوى الرعاية الطبية التي تقدم للمرضى بصفة دورية ؟
نعم ( ) لا ( )

س ٢٧ : هل عدد العاملين بالمستشفى من مختلف الفئات العاملة كافي ؟
نعم ( ) لا ( )

س ٢٨ : هل تتناسب مؤهلات العاملين بالمستشفى مع الأعمال التي يقومون بها ؟
نعم ( ) لا ( )

س ٢٩ : ما رأيك في مدى أنتظام الأطباء في العمل بالعيادة الخارجية في المستشفى ؟
- منتظمين جداً
- منتظمـــين
- غير منتظمين

س ٣٠ : هل توجد بالمستشفى أدلة إرشادية توضح للمرضى الأقسام المختلفة الذى يرغبون التوجه إليها؟
نعم ( ) لا ( )

س ٣١ : هل تنتجب مجموعة من الفئات العاملة بالمستشفى في وضع السياسة العامة الخاصة بها؟
نعم ( ) لا ( )

س ٣٢ : في حالة الاجابة بـ (لا) من الذي يقوم بوضع السياسة العامة للمستشفى ؟
- صاحب المستشفى
- المدير فقــط
- المدير والوكيل
- المدير والوكيل ورؤساء الأقسام
- صاحب المستشفى والمدير الوكيل.

س ٣٣ : ما رأيك في الخطوات التي يتبعها المريض المتردد على العيادة الخارجية؟

- أكـثر من اللازم ( )
- معقــولـة ( )
- غير مناسبـة ( )

س ٣٤ : ما هي المشاكل التي تواجه إدارة المستشفى بصدد هيئة التمريض ؟

- نقص في عـددهم ( )
- أرتفـاع مرتبـاتهم ( )
- إنخفـاض كفـاءتهم ( )
- أخـرى مثـل ....

....

....

....

س ٣٥ : أي من الأوامر تنفذ الممرضة عند تعارض الأوامر الصادرة إليها ؟

- مـدير المستشـفى ( )
- الطبيب المعـالج ( )
- رئيسة هيئة التمريض ( )

س ٣٦ : ما مدى سلامة وأنتظام القيد بسجلات ودفاتر المستشفى ؟

- منتظمـــة ( )
- أحيـانـــاً ( )
- غير منتظمـة ( )

س ٣٧ : هل هناك خطة دورية لاستصلاع رأي المرضى في الخدمات الطبية التي تقدم لهم ؟

نعم ( ) لا ( )

س ٣٨ : ما مدى توفر الامكانيات المادية اللازمة للعمل بالمستشفى ؟

- متوفـــــرة ( )
- أحيانـــــاً ( )
- غيـــر متوفـــرة ( )

س ٣٩ : ما مدى توفر الأفراد المدربين للعمل على الأجهزة الموجودة بالمستشفى ؟

- متوفرين جـــداً ( )
- متوفـريـــن ( )
- غير متوفريـــن ( )

س ٤٠ : هل توجد خطة دورية لصيانة الأجهزة والمعدات الموجودة بالمستشفى ؟

نعم ( ) لا ( )

س ٤١ : في حالة الاجابة بـ (نعم) هل يتابع تنفيذ تلك الخطة ؟

نعم ( ) لا ( )

س ٤٢ : اين تتم صيانة الأجهزة والمعدات الموجودة بالمستشفى ؟

- في المستشفى (قسم الصيانة)
- في ورش اصلاح وصيانة مركزية
- لدى الغـير
- أخرى مثل ....

س ٤٣ : ما هي الوسائل الرقابية المستخدمة في المستشفى ؟

- الملاحظة الشخصية ( )
- التقـاريـــر ( )
- السجـــلات ( )
- محاسبـة التكاليـف ( )

- أخرى مثل : ....

....

....

....

س ٤٤ : ما هي أنواع الرقابة على المستشفى ؟

- رقابة داخلية ( )
- رقابة خارجية ( )
- الرقابة عن طريق جهات متخصصة ( )
- أخرى مثل : ....

....

....

س ٤٥ : هل هناك معايير رقابية تتم على أساسها عملية الرقابة ؟

نعم ( ) لا ( )

س ٤٦ : في حالة الاجابة بـ (نعم) فما هي هذه المعايير ؟

- معايير كمية ( )
- معايير وصفية ( )
- أخرى مثل : ....

....

س ٤٧ : هل ترفع الأقسام المهنية بصفة دورية تقارير عن نتائج أعمالها إلى مدير المستشفى ؟

نعم ( ) لا ( )

س ٤٨ : في حالة الاجابة بـ (نعم) هل تؤخذ نتائج تلك التقارير عند التخطيط للمستقبل؟

نعم ( ) لا ( )

س ٤٩ : من هو المسئول عن متابعة أعمال المستشفى ؟

- صاحب المستشفى ( )
- المدير ( )
- الوكيل ( )
- رؤساء الأقسام ( )
- صاحب المستشفى والمدير والوكيل ورؤساء الأقسام.
- آخرون مثل : ....

....

....

س ٥٠ : ما هي المجالات التي يشملها تقييم كفاءة أداء المستشفى ؟

- الرعاية الطبية ( )
- الامكانيات المادية ( )
- الخدمة الفندقية (النظافة / التغذية / ترتيب الحجرات). .... إلخ) ( )
- آراء المرضى ( )
- أخرى مثل : ....

....

....

س ٥١ : من الذي يلجأ إليه المريض في حالة وجود أي شكوى ؟

صاحب المستشفى ( )
مدير المستشفى ( )
وكيل المستشفى ( )
رئيس القسم ( )
الاخصائي الاجتماعي ( )
الممرضة ( )
أخرى مثل : ....

....

س ٥٢ : ما هي درجة إستجابة إدارة المستشفى لشكاوى المرضى ؟

- الاستجابة بدرجة عالية ( )
- الاستجابة بدرجة متوسطة ( )
- الاستجابة بدرجة ضعيفة ( )

س ٥٣ : هل يحاط المرضى علماً بما تم من إجراءات في شكواهم؟

نعم ( ) لا ( )

س ٥٤ : هل يوجد قسم للخدمة الاجتماعية بالمستشفى ؟

نعم ( ) لا ( )

س ٥٥ : في حالة الاجابة بنعم فما دور ذلك القسم ؟

- بحث حالة المرضى ( )
- فحص الشكاوي ( )
- إعداد بيانات إحصائية ( )
- القيام بدراسات للتعرف على المرضى بعد خروجهم من المستشفى ( )
- رفع تقارير لمدير المستشفى عن حالة المرضى بصفة دورية ( )
- أخرى مثل : ....

....

....

س ٥٦ : هل تقوم المستشفى بتدريب مختلف الفئات العاملة بها ؟

نعم ( ) لا ( )

س ٥٧ : في حالة الاجابة بنعم ما نوع ذلك التدريب ؟

- داخلي (في المستشفى) ( )
- خارجي (في وزارة الصحة مثلاً) ( )

تابع س٥٧ : - في جهات متخصصة ( )

- أخرى مثل : ....

....

....

س ٥٨ : هل تقوم المستشفى بتقييم المتدربين بعد حصولهم على البرامج التدريبية ؟

نعم ( ) لا ( )

س ٥٩ : أي من الاجراءات تتخذها المستشفى في حالة عدم تأثر المتدرب بالبرامج التدريبية التي تلقاها ؟

- الترشيح لنفس الدورة ثانياً ( )
- دراسة مدى كفاية البرنامج ( )
- تقييم المتدربين ( )
- دراسة مدى كفاية وسائل التدريب ( )
- أخرى مثل : ....

....

....

....

مع تحيات مركز البحوث
بالغرفة التجارية الصناعية بجدة

الملحق رقم (٢)

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
الغرفة التجارية الصناعية بجدة
مركز البحوث

إستمارة استقصاء للمرضى بالمستشفيات حول الدراسة بغرض التعرف على آرائهم عن الخدمات الطبية التي تقدم لهم

إسم المستشفى : ....

نوع المستشفى : ....

العنوان : ....

رقم التليفون : ....

صندوق بريد : ....

تاريخ الزيارة : ....

إسم الباحث : ....

إعدت هذه الاستمارة بمعرفة مركز البحوث بالغرفة التجارية الصناعية بجدة لأية استفسارات يرجى الاتصال بهاتف: ٦٤٧١١٠٠ تحويله (١٣٩).

مدير مركز البحوث
حسن محمد علي نصير

استمارة الاستقصاء للمرضى بالمستشفيات محل الدراسة

ضع علامة أمام أحدى الاجابات الموضحة أمام كل سؤال.

س ١ : ما رأيك في الخطوات التي تتبع لحين تقرير دخولك المستشفى ؟

- سهلة .
- معقولة .
- معقده .

س ٢ : ما رأيك في مدى أنتظام الأطباء في العمل بالمستشفى ؟

- منتظمين .
- أحياناً .
- غير منتظمين .

س ٣ : ما رأيك في معاملة الأطباء لك ؟

- طيبة .
- طيبة أحياناً .
- غير مرضية .

س ٤ : ما رأيك في معاملة الممرضات لك ؟

- مرضية .
- مرضية أحياناً .
- غير مرضية .

س ٥ : كيف تحضر الممرضة عندما تطلبها لسبب يتعلق بحالتك الصحية ؟

- تحضر بسرعة .
- تكتفي بأرسال التومرجي .
- لا تحضر .

س ٦ : كيف يمر عليك مدير المستشفى ؟

- يومياً .
- يوم بعد يوم .
- مرة في الأسبوع .
- لا يمر أبداً .

س ٧ : ما رأيك في مستوى الرعاية الطبية التي تقدمها المستيشفى للمرضى ؟

- جيدة .
- حسنة .
- ضعيفة .

س ٨ : من الذي تلجأ إليه في حالة وجود شكوى ؟

- مدير المستشفى .
- وكيل المستشفى .
- رئيس القسم الموجود به .
- الممرضة .
- أخرى مثل :

س ٩ : هل تحاط علماً بنتائج شكواك أن وجدت ؟

نعم (   )   لا (   )

س ١٠ : ما رأيك في الوقت الذي تستغرقه عملية فحص الشكوى أن وجدت ؟

- تفحص بسرعة .
- تفحص بسرعة أحياناً .
- تهمل .

س ١١ : ما رأيك في سلامة تجهيز الحجر والأسره بالمستشفى ؟

- مجهزة تماماً .
- تستغرق بعض الوقت لحين تجهيزها .
- غير مجهزة .

س ١٢ : ما رأيك في مدى توافر الأدوية بالمستشفى ؟

- متوفرة .
- أحياناً .
- غير متوفرة .

س ١٣ : ما رأيك في الغذاء الذي تقدمه المستشفى للمرضى ؟

أ - الكمية : كافية - أحياناً كافية - غير كافية .

ب - النوع : جيد - حسنٌ - رديء .

جـ - توقيت تقديم الوجبات : مبكر - معقول - متأخر .

س ١٤ : هل تحسنت صحتك بعد دخولك المستشفى وأخذك العلاج ؟

نعم ( ) لا ( )

س ١٥ : ما رأيك في أي شيء لم يرد بالاسئلة السابقة ؟

....

....

....

....

....

مع تحيات مركز البحوث

بالغرفة التجارية الصناعية بجدة

الملحق رقم (٣)

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
الغرفة التجارية الصناعية بجدة
مركز البحوث

استمارة جمع بيانات أحصائية

– بيان القوى العاملة الموجودة في المستشفى خلال سنوات الدراسة.

القوى العاملة	السنوات	١٣٩٧	١٣٩٨	١٣٩٩	١٤٠٠	١٤٠١
– الأطباء – الممرضات – الفنيين – الإداريين – فئات أخرى						
إجمالي القوى العاملة						

– بيان الأسرة الموجودة في المستشفى خلال سنوات الدراسة .

عدد الأسره	السنوات	١٣٩٧	١٣٩٨	١٣٩٩	١٤٠٠	١٤٠١
عدد الأسرة						
إجمالي عدد الأسرة						

– بيان الانفاق في المستشفى خلال سنوات الدراسة .

– بيان الانفاق في المستشفى خلال سنوات الدراسة .

الانفاق / السنوات	١٣٩٧	١٣٩٨	١٣٩٩	١٤٠٠	١٤٠١
الباب الأول (أجور ومهايا ومكافآت) الباب الثانى (مصروفات) الباب الثالث (تجهيزات وإنشاءات)					
الإجمالي					

– بيان عدد حالات التحاليل التي أجريت في المستشفى خلال سنوات الدراسة .

عدد حالات التحاليل / السنوات	١٣٩٧	١٣٩٨	١٣٩٩	١٤٠٠	١٤٠١
عدد حالات التحاليل					
الإجمالي					

– بيان عدد أفلام الأشعة التي استخدمت في المستشفى خلال سنوات الدراسة .

عدد أفلام الأشعة / السنوات	١٣٩٧	١٣٩٨	١٣٩٩	١٤٠٠	١٤٠١
عدد أفلام الأشعة					
الإجمالي					

– بيان إجمالي المرضى المترددين على المستشفى خلال سنوات الدراسة .

السنوات / إجمالي المرضى المترددين	١٣٩٧	١٣٩٨	١٣٩٩	١٤٠٠	١٤٠١
عدد المرضى المترددين					
الإجمـالي					

– بيان بالمرضى المنومين بالمستشفى خلال سنوات الدراسة .

السنوات / المرضى المنومين	١٣٩٧	١٣٩٨	١٣٩٩	١٤٠٠	١٤٠١
عـدد المرضى المنومين					
الإجمـالي					

– بيان إجمالي العمليات الجراحية في المستشفى خلال سنوات الدراسة .

السنوات / العمليات	١٣٩٧	١٣٩٨	١٣٩٩	١٤٠٠	١٤٠١
عـدد العمليـات					
إجمـالي العمليات					

اهم المراجع

اولا ، المراجع العربية

(أ) الكتب العلمية :

١ - د./ أحمد الصباب ، مبادىء الإلادارة ، دار الشروق ، جدة ، ١٩٨٠ .

٢ - د./ حسين رمزي كاظم، إدارة المستشفيات، برامج القادة الإداريين، القاهرة، ١٩٨٠

٣ - د./ زهير حنفي ، المستحدث في إدارة المستشفيات ، القاهرة ، ١٩٧٦ .

٤ - د./ سيد الهواري ، الإدارة – الأصول والأسس العلمية مكتبة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٧٦ .

٥ - د./ صلاح الشنواني ، أصول إدارة الأعمال ، دار الجامعات المصرية ، ١٩٧٥ .

٦ - د./ محمود عساف ، أصول الإدارة ، مطبعة وهدان ، القاهرة ١٩٧٩ .

(ب) البحوث والمطبوعات والدوريات :

١ - د./ إبراهيم درويش ، القيادة الإدارية ، بحث منشور بمجلة القانون والاقتصاد – العدد الثالث السنة الثالثة والأربعون ، القاهرة .

٢ - د./ علي السلمي ، التدريب الإداري ، العدد رقم ٨٠ ، المنظمة العربية للعلوم الإدارية ، القاهرة .

٣ - د./ متولي السيد أحمد وآخرون ، أنماط وكفاءة الإدارة العليا في المستشفيات المصرية ، بحث قدم في مؤتمر تنظيم وإدارة الخدمات العلاجية ، برامج القادة الإداريين ، القاهرة ، ١٩٨٠ .

٤ - الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة بمصر وزارة الصحة المصرية ، والمنظمة العربية للعلوم الإدارية ، البحوث التي قدمت في المؤتمرات التي عقدتها تلك الجهات وتتعلق بموضوع البحث، القاهرة ، ١٩٧١ ، ١٩٧٢ .

ثانياً : المراجع الأجنبية

- Moss, Broehl, Gust and Hennesey, Hosp. Policy Decesion, PP. 251,216, 282.

- Grant, Hosp. Managment, PP. 1-12-

- Baily, Hosp. personnel Administration, P. 11

- The institute of hosp. Administration, Modern hosp. Managment, P. 503.

الفهرست

الموضــوع | رقم الصفحة

الموضوع	رقم الصفحة

الموضوع	رقم الصفحة

الموضوع	رقم الصفحة

الفصل الثالث :

الموضوع	رقم الصفحة

تم بحمد الله